



**Pérola Negra Guimarães dos Santos**

**O DILEMA OBSTÉTRICO: ASPECTOS EVOLUTIVOS E ASSISTENCIAIS DE  
PARTOS NO PARÁ**

**Belém, Pará**

**2016**



**Pérola Negra Guimarães dos Santos**

**O DILEMA OBSTÉTRICO: ASPECTOS EVOLUTIVOS E ASSISTENCIAIS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Antropologia na Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Antropologia.  
Orientador: **Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva**

**Belém, Pará**

**2016**

**O DILEMA OBSTÉTRICO: ASPECTOS EVOLUTIVOS E ASSISTENCIAIS DE  
PARTOS NO PARÁ**

**Banca Examinadora**

---

Prof. Hilton Pereira da Silva, Dr.

**Orientador**

---

Profa. Francisca, Dra.

**Examinador Externo**

---

Prof. Tiago Tomé, Dr.  
Universidade Federal do Pará

**Examinador Interno**

---

Profa. Flávio Barros  
Universidade Federal do Pará

**Examinador Interno**

Dedico este trabalho ao meu pai (in memoriam), ao meu filho Davi, aos bebês que nasceram com meu auxílio e às mães que confiaram em meu trabalho desde a gestação.

## AGRADECIMENTOS

À todos os elementos e forças da natureza, que representam o Deus que me rege e me dá força diária na luta em favor da vida.

Ao meu pai, que representa tudo de bom em minha vida e sempre me incentivou a seguir a carreira acadêmica. À minha mãe que sempre faz o que pode para me ajudar a enfrentar dificuldades e realizar meus sonhos.

Às minhas pacientes e seus bebês que sempre torcem positivamente por mim e confiam em meu trabalho muito mais do que me mereço. Obrigada por deixarem eu fazer parte de famílias lindas que são fontes de inspiração para muitos projetos.

Ao meu filho, que chegou para somar e faz todos os dias eu ver como a vida é bela, obrigada por ser meu companheiro e principalmente por entender o ritmo de vida louco que levo com tantos partos sem data agendada, em momentos tão inusitados e por participar ativamente comigo em tantas jornadas de nascimento, pós-parto e amamentação.

Ao meu orientador, que com muita paciência e competência esteve presente e me orientou nesses dois anos e meio de estudos.

À Anna Cruz de Araújo Pereira da Silva, paciente que fez nascer esse projeto e muito antes dele existir não me deixou desistir de ingressar no programa de Pós-graduação em Antropologia em dois anos consecutivos.

Ao Jarbas Brito dos Passos, que esteve comigo antes do ingresso no programa auxiliando-me com leituras e atitudes relacionadas à vida acadêmica.

Aos meus amigos e familiares que me auxiliaram e incentivaram na concretização dessa jornada.

À CAPES por ter concedido a bolsa de estudos que me manteve nesses 18 meses.

Aos colegas de turma e professores com quem convivi durante esse tempo, obrigada pelas experiências e ensinamentos compartilhados na difícil arte de conviver na academia.

## **RESUMO**

Em diversos países encontramos anualmente uma elevação nas taxas de cirurgias cesarianas com as mais variadas justificativas que podem ser associadas a esse aumento como fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, o trabalho médico, suas preferências e de outros profissionais, interesses econômicos de todos os atores desse processo. Este estudo teve como objetivo analisar indicadores biológicos, anatomopatológicos e culturais relacionados à fatores de interrupção da gestação por cesárea, para a compreensão dos motivos da prevalência deste procedimento em um grupo de mulheres de Belém-PA. Os objetivos específicos foram revisar a literatura histórica da parturição e origem da Obstetrícia, analisar aspectos relacionados aos vários dilemas obstétricos existentes como fatores biomecânicos desde nossa ancestralidade, dilemas assistenciais na contemporaneidade e dilemas culturais do parto e analisar variáveis biológicas do feto e da mãe, as variáveis socioeconômicas e análise de correlação para indicação de nascimento cirúrgico. Este estudo foi retrospectivo com abordagem quantitativa e qualitativa, além de uma revisão da literatura nacional e internacional. O estudo foi feito de Agosto de 2015 a Agosto de 2016 na cidade de Belém no Estado do Pará, Brasil. Participaram 117 mulheres que frequentaram uma academia para gestantes e puérperas. Foi aplicado um questionário com perguntas abertas e fechadas e foram analisados os prontuários das pacientes, foi feita uma divisão dentre variáveis: sócio econômicas (renda familiar, profissão, credenciamento em plano de saúde privado), preferência por tipo de parto no período gestacional e análise do tipo de parto com suas justificativas declaradas pela mulher ou somadas à indicação de cesárea observada pela pesquisadora no momento do parto. O dilema evolutivo não pôde ser evidenciado nesse estudo, porém existem vários dilemas assistenciais relacionados à justificativas diversas para a realização do nascimento por cesariana.

**PALAVRAS-CHAVE:** PARTO, DILEMA OBSTÉTRICO, CESARIANA

## **ABSTRACT**

In several countries every year we find an increase in rates of caesarean surgeries with the most varied justifications that may be associated with this increase as social, demographic, cultural and economic factors of the pregnant women, related with the mother's choice for the type of delivery, and factors related to the obstetric practice developed in these countries, physicians patterns of work, their preferences as well as those of other professionals, and economic interests of all actors in this process. This study aimed to analyze biological, anatomical pathological and cultural markers which are related to the factors of pregnancy interruption by cesarean section looking for the understanding of the motives for the occurrence of this procedure in a group of women in Belém-PA. The specific objectives were to review the historical literature of parturition and origin of obstetrics, to analyze aspects related to various existing obstetric dilemmas as biomechanical factors from our ancestry, practices dilemmas in contemporary society, and cultural dilemmas of delivery, and to analyze the biological variables of the fetus and the mother, the socioeconomic situation and correlates for indication of the surgical birth. This study was retrospective with quantitative and qualitative approach, in addition to a national and international literature review. The study was conducted from august 2015 to august 2016 in the city of Belém in the state of Pará, Brazil. 117 women participated. They attended a private gym for pregnant and postpartum women. A questionnaire with open and closed questions was applied, patient's forms were analyzed. The forms and questionnaires evaluated family income, profession, accreditation of private health plan, preference to type of childbirth during pregnancy and analysis of the type of delivery with their justifications declared by the woman or added to the cesarean indication noted by the researcher in the moment of childbirth. The classic evolutionary dilemma could not be shown in this study to justify surgery, but there are several social assistance dilemmas that can be related to the justifications for the performance of birth by caesarean section.

**KEYWORDS:** BIRTH, OBSTETRIC DILLEMA, CESARIAN SECTION

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Anatomia da pelve.....	16
Figura 2- Dimorfismo sexual da pelve óssea em nossa espécie.....	19
Figura 3- Proporção entre a pelve materna e o cérebro do feto em grandes primatas.....	20
Figura 4- Giros e torções do feto pela cavidade pélvica.....	21
Figura 5- Possibilidade da realização do próprio parto em outros primatas.....	21

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 Preferência pelo tipo de parto.....	57
Gráfico 2 Desfecho do parto.....	58
Gráfico 3 Desfecho das cesarianas.....	58
Gráfico 4 Motivos dos agendamento de cesáreas.....	60
Gráfico 5 Semana gestacional nas cesáreas agendadas.....	61

## **LISTA DE ABREVIACOES**

OMS- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

SUS- SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ANS- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

DCP- DESPROPORÇÃO CÉFALO PÉLVICA

REHUNA- REDE NACIONAL PELA HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO

UTI- UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

FEBRASGO- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 ASPECTOS EVOLUTIVOS E BIOMECÂNICOS DO NASCIMENTO HUMANO.....</b>	<b>15</b>
2.1 A PELVE E O MECANISMO DE PARTO.....	15
<b>3 ABORDAGEM HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA.....</b>	<b>34</b>
3.1 UMA BREVE HISTÓRIA DO NASCIMENTO HUMANO.....	34
3.2 AS ORIGENS DA CESARIANA .....	37
3.3 A INSERÇÃO DOS CIRURGIÕES NO NASCIMENTO.....	38
3.4 O SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS MATERNIDADES E A TRANSFERÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PARA O PARTO HOSPITALAR.....	39
3.5 A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL.....	42
<b>4 ASPECTOS RELACIONADOS AO ASSISTENCIALISMO EM PARTOS.....</b>	<b>46</b>
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>54</b>
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	54
5.2 LOCUS.....	54
5.3 PARTICIPANTES.....	54
5.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E COLETA DE DADOS.....	55
5.5 COLETA DE DADOS.....	55
5.5.1 Aspectos éticos.....	55
5.6 TRATAMENTO DOS DADOS.....	55
5.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>57</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>66</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse deste estudo vem desde minha formação acadêmica quando iniciei atendimentos com gestantes em meu trabalho de conclusão de curso e posteriormente em minha vivência profissional como fisioterapeuta desde 2005 onde ingressei na área da obstetrícia a qual permaneço até hoje auxiliando mulheres gestantes à prepararem-se para o parto através de exercícios específicos que são benéficos na preparação da musculatura e do trajeto para o parto vaginal, além de outros benefícios.

Durante minha prática diária com as pacientes, pude notar em pesquisa informal que a maioria das mulheres tinham interesse em dar à luz aos seus bebês através de um parto normal, porém pude acompanhar que maioria delas acabava sendo submetida à uma cesariana por motivos variados, segundo justificativas médicas, mas que, segundo as evidências da literatura, a maioria das justificativas dadas a essas mulheres não possuem fundamento para intervenção da gestação. Os resultados informais preliminares de minha pesquisa culminavam com os achados de Lansky (2014) que revelou que a maioria das mulheres brasileiras têm preferência por um parto normal e acaba sendo submetida à uma cesariana.

É sabido que as principais justificativas para o aumento das taxas de cesariana encontradas na literatura internacional são fatores sociais, demográficos, culturais e econômicos das gestantes, associados à solicitação materna pelo tipo de parto e fatores relacionados ao modelo assistencial desenvolvido nesses países, que envolvem aspectos do trabalho médico e de outros profissionais, preferências médicas e interesses econômicos dos atores desse processo (PATAH & MALIK, 2011).

Portanto, desconfiei que algo relacionado ao assistencialismo dos profissionais que atendem o pré-natal e o parto poderia estar contribuindo pra altas taxa de cesarianas, assim como o desconhecimento da maioria das mulheres em relação ao processo de gestação, parto e funcionamento de seu próprio corpo.

Minha perspectiva em relação à assistência com essas mulheres também incluiu informação à respeito desses processos, pude introduzir a fisiologia do parto como algo natural, aumentando a aderência ao processo e fazendo com que elas desacreditassem do uso demasiado da tecnologia, estabelecendo confiança no seu próprio corpo para relaxar, soltar e da à luz conforme estabelece Odent (2002 p.XVI).

Também foi levado em consideração na elaboração dos instrumentos de investigação desta pesquisa o aspecto cultural que temos no Brasil: somos o país campeão mundial de cesarianas as taxas chegam a 53,7% do número total de nascimentos (LOIOLA, 2015) e não é difícil encontrarmos mulheres que optam pela cesariana por diversos motivos, assim como encontramos profissionais que consideram o nascimento cirúrgico a melhor via para o nascimento. Ainda referindo a parte informal deste estudo, pude notar que a maioria das mulheres que ao final da gestação optavam por uma cesariana utilizavam no início da gestação a justificativa de que tinham medo de sentir dor e em segundo lugar elas aderiam à cesárea no final da gestação por sentirem-se amedrontadas de que algo de ruim pudesse acontecer com o bebê segundo justificativas médicas reveladas por exame físico ou exames de imagem ultrassonográfica, que em sua grande maioria, revelava "diagnóstico" de circular de cordão umbilical ou baixo líquido amniótico.

A literatura estabelece a associação da cesárea com fatores culturais como o pagamento pela cirurgia, as informações a respeito do procedimento e o preconceito das gestantes com relação ao atendimento ao parto realizado por outros profissionais da saúde como o enfermeiro obstetra e a obstetrix (LOIOLA, 2014).

Os fatores negativos da associação da cesárea para o recém-nascido são bem estabelecidos na literatura científica, como o aumento do risco de morbimortalidade respiratória leve e grave, risco de internação em UTI e óbito (LANSKY, 2014), assim como os riscos da cesárea para a mulher estão associados à maior ocorrência de hemorragia, infecção e óbito materno nas gestações subsequentes no desenvolvimento de placentação anormal (LANSKY, 2014; SOUZA et al., 2010).

Apesar dos contras em relação à cirurgia cesariana, pude encontrar evidências no campo da bioantropologia para justificar o possível receio das mulheres e profissionais que prestam assistência em relação parto intervirem com a cesárea. Tais evidências estão relacionadas à saída de bebês humanos na cavidade pélvica materna devido ao tamanho do crânio ser quase equivalente à abertura do canal ósseo materno (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001).

A dificuldade do nascimento humano se dá no tortuoso trajeto em que o feto precisa adentrar para vir ao mundo por via vaginal. Em comparação com outros primatas, o parto humano é bem mais difícil (WITTMAN e WALL, 2007), resultando na maior complexidade e na maior duração do parto em humanos do que em espécies

primatas próximas (TREVATHAN, 2011; ROSENBERG, 1992; ROSENBERG E TREVATHAN, 2002), sendo comum a necessidade de intervenções de outros humanos, mesmo que seja um simples apoio emocional para se garantir que o processo ocorra de forma natural.

O dilema obstétrico é considerado uma roleta russa do nascimento e um dos fatores principais relacionados à altos índices de mortalidade materna e neonatal em populações contemporânea e podemos nos questionar sobre o porque da seleção natural favorecer a manutenção do processo (WELLS et al., 2012). Por esses motivos, resolvi incluir a análise do perímetro cefálico ao nascer dos recém-nascidos incluídos nessa pesquisa, apesar de não ter relacionado à pelvimetria materna, pois sabe-se ser um exame desnecessário nos dias atuais (ENGEL et al., 2010)

A relevância social deste estudo justifica-se pelas modificações na historicidade do nascimento "...um processo antigo que só precisa de intervenção em alguns casos" (ODENT, 2002 p. XIV) porém o que observa-se é o aumento progressivo das taxas de cesarianas no mundo inteiro sendo considerado um problema de saúde pública desafiando alternativas para diminuição dessas taxas (TORNIQUIST, 2004).

Portanto, tendo como relevância acadêmica, a investigação à respeito da indicação ou da opção da cesariana é algo que merece a atenção da comunidade científica por ser uma das prioridades da OMS e Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) já sendo definido diversas intervenções governamentais e não governamentais para diminuição das taxas de cesáreas e por que "a maneira como nascemos repercute consequências a longo termo" (ODENT, 2002 p. XI) nos dando o direito de afirmar que "as civilizações são em grande medida determinadas, moldadas pelas condições de nascimento" (ODENT, 2002 p. XI) e por ser algo relacionado à cultura da cesárea em nosso país.

Analisar indicadores biológicos, anatomopatológicos e culturais relacionados como fatores de interrupção da gestação por cesárea, para a compreensão dos motivos da prevalência deste procedimento em um grupo de mulheres de Belém-PA.

O objetivo geral foi analisar indicadores biológicos, anatomopatológicos e culturais relacionados como fatores de interrupção da gestação por cesárea, para a compreensão dos motivos da prevalência deste procedimento em um grupo de mulheres de Belém-PA. Os objetivos específicos foram revisar a literatura histórica da parturição e nascimento da Obstetrícia, analisar aspectos relacionados aos vários dilemas

obstétricos existentes como fatores biomecânicos desde nossa ancestralidade, dilemas assistenciais na contemporaneidade e dilemas culturais do parto e analisar variáveis biológicas do feto e da mulher, socioeconômicas e análise de correlação para indicação de nascimento cirúrgico.

Para nortear a pesquisa, foi pensado o seguinte questionamento: quais vêm sendo as justificativas para a realização de cesarianas em Belém-PA?

Algumas hipóteses foram lançadas para responder a tal questionamento, sendo elas: os motivos de tantas cesáreas não condizem com o bem-estar materno-fetal durante e no final da gestação. Portanto, acredita-se que as mulheres são induzidas a tal procedimento.

As gestantes após serem informadas da indicação de cesariana, não buscam informações ou uma segunda opinião a respeito da real necessidade do procedimento. As gestantes não são informadas sobre possíveis riscos maternos e fetais para cesáreas agendadas sem complicações ou trabalho de parto prévio.

O presente trabalho foi organizado em 7 tópicos. Inicia-se com a introdução, a relevância acadêmica e social, as justificativas e objetivos gerais e específicos do trabalho. O tópico dois trata de aspectos evolutivos do nascimento humano enquanto o tópico três aborda a historicidade do parto. Em continuidade, o tópico quatro aborda aspectos relativos ao assistencialismo e intervenções da cirurgia cesariana. As questões metodológicas da construção deste trabalho vêm a seguir no tópico cinco, com o local, a amostra, a coleta de dados, os aspectos éticos e os instrumentos de avaliação. No tópico seis revela as análises e é feita a discussão com a literatura a partir dos resultados obtidos e o sétimo e último tópico apresenta as considerações finais.

## **2 ASPECTOS EVOLUTIVOS E BIOMECÂNICOS DO NASCIMENTO HUMANO**

Segundo Engel et al. (2010) o parto é o estágio resolutivo da gestação, o nascimento do ser que se formou nos meses anteriores com a devida expulsão do feto para o mundo exterior através da via genital ou a retirada do bebê pela via abdominal, como na operação cesariana.

Do ponto de vista biomecânico, os fatores e fenômenos que participam do nascimento no parto por via vaginal são:

- (1) o trajeto, ou seja, o canal do parto, representado pela bacia óssea, pelo seu revestimento músculo-aponeurótico e pela vagina.
- (2) O "objeto", que é o feto que irá atravessar o trajeto.
- (3) O motor, que é a força que impulsiona o feto (objeto) através do canal do parto (trajeto). Esta força é gerada pela musculatura uterina através de suas contrações.

O mecanismo de parto é o conjunto de movimentos passivos que o feto é levado a executar para nascer. Do ponto de vista clínico, existem fases e períodos (período de dilatação, expulsão do feto e secundamento da placenta) do parto e seus períodos (ENGEL et al., 2010).

### **2.1 A PELVE E O MECANISMO DE PARTO**

A pelve é formada por dois ossos ilíacos, pelo sacro e pelo cóccix; constitui a porção mais inferior do tronco e ocupa uma posição intermediária entre ele e os membros inferiores (BARACHO, 2014).

Os ossos ilíacos se articulam posteriormente com o sacro e anteriormente entre si, por meio da sínfise púbica. O osso ilíaco é formado pela fusão de três ossos - o ílio, ísquio e pubis, e as paredes da cavidade pélvica afinam-se para baixo como um funil. O conjunto dos ossos e músculos que ocupam a base deste anel tem formato de bacia (BARACHO, 2014).

O desenho dos ossos pélvicos forma duas cavidades: a superior, maior e mais rasa, que corresponde à falsa pelve e contém os órgãos abdominais; a inferior, menor e

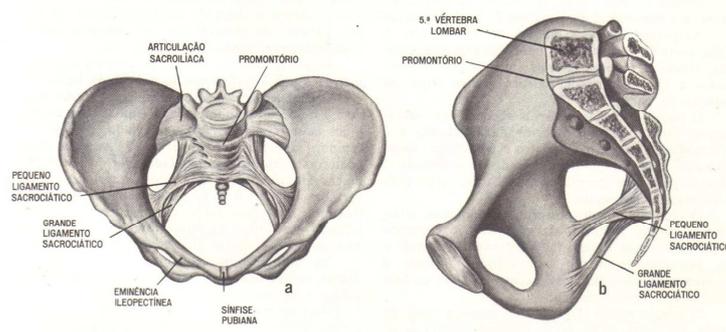
mais profunda, que corresponde à pelve verdadeira e abriga a bexiga, parte dos ureteres e o sistema genital, além da porção final do tubo digestivo, a qual é limitada posteriormente pelo sacro e cóccix, lateralmente pelos ossos ilíacos e anteriormente pelo púbis (BARACHO,2014).

O limite superior da pelve verdadeira tem forma aproximada de coração e denomina-se estreito superior; o limite inferior, que forma uma elipse anteroposterior, é denominado estreito inferior (BARACHO, 2014).

A pelve desempenha importantes papéis durante a locomoção bípede fixando a musculatura do abdômen, das costas e dos membros inferiores, suporta o peso do volume abdominal, funciona como uma alavanca rígida que promove equilíbrio estático e dinâmico (BARACHO, 2014), além de ter uma função durante o parto e na acomodação de órgãos vitais importantes como bexiga, parte do intestino grosso e nas mulheres, o útero, que irá acomodar o feto durante todo o período gestacional. (ENGEL et al., 2010).

A delimitação de planos e diâmetros nos vários segmentos da pelve permite o estudo e a localização fetal com uma maior precisão. A relação entre os diâmetros da bacia permite calcular a proporcionalidade entre o trajeto e o feto, determinando a conduta durante a assistência ao parto (ENGEL et al.,2010).

Figura 1: Anatomia da pelve



FONTE: MISODOR (2016)

Em geral, a pelve feminina é mais curta e mais larga que a masculina, sendo classificada de acordo com seus diferentes tipos morfológicos de acordo com as variações da forma da abertura superior da cavidade pélvica, podendo ser *ginecoide*, *androide*, *antropoide* ou *platipeloide* (BARACHO, 2014).

Nas mulheres, as demandas de uma pelve relativamente estreita para a locomoção bípede competem com as demandas para o parto que pede um canal pélvico bem mais amplo (WITTMAN & WALL, 2007).

O surgimento do bipedalismo e da postura ereta na classe dos homínídeos promoveu uma série de transformações no esqueleto ósseo e na pelve feminina (BARACHO, 2014 p. 133). As mudanças incluíram o deslocamento anterior do forame magno para uma posição mais central, melhorando o equilíbrio central do crânio; o deslocamento anterior do sacro para estabilizar a coluna vertebral, juntamente com o desenvolvimento das curvaturas cervical e lombar, das espinhas ciáticas e do promontório sacral; o alongamento das extremidades inferiores; o desenvolvimento de "joelhos valgos" para melhor equilíbrio e estabilidade corporais; o desenvolvimento de pés estáveis e plantares (com conseqüente perda do dedo opositor) (BARACHO, 2014 p. 133).

A bacia humana para suportar o peso corpóreo na posição ereta, sofreu aumento dos seus diâmetros horizontais e deixou de ser um simples cilindro para tornar-se uma estrutura complexa com desalinhamento dos diâmetros superior, médio e inferior. As proeminências das espinhas isquiáticas tornaram-se maiores levando à diminuição do estreito médio, o estreito superior é mais largo no plano transversal e o inferior mais largo no plano sagital (BARACHO, 2014 p.133-134).

Por conseguinte, o canal de parto tornou-se mais longo e curvo e o processo de nascimento, mais laborioso no homem em relação a outros primatas próximos (BARACHO, 2014 p. 133).

No feto humano, também o maior diâmetro da cabeça se dá no plano sagital, sendo perpendicular ao maior diâmetro do tronco, que é transversal (BARACHO, 2014 p. 134)

Além das mudanças relacionadas ao bipedalismo, nota-se que a calota craniana foi dividida em fontanelas e suturas que se cavalgam e se amoldam à bacia materna, diminuindo seus diâmetros (BARACHO, 2014 p. 134). O surgimento das fontanelas é referido como uma adaptação que evoluiu para contornar o problema da encefalização em relação ao trajeto (FALK et. al, 2012). A fontanela anterior permite que os dois ossos frontais do crânio deslizem uns sobre os outros, isso comprime a cabeça durante o parto, facilitando a sua passagem pelo canal do parto (FALK et al. 2012).

Para Rosemberg & Trevathan (2001) a primeira mudança que distancia nossa espécie de primatas não humanos no ato de parir foi provocada somente pelo

bipedalismo. Segundo as autoras, o fenômeno bípede associado à postura ereta aparece nos primeiros ancestrais humanos do gênero *Australopithecus*, há cerca de quatro milhões de anos. No *Australopithecus*, todos os estreitos da bacia óssea, de aspecto cilíndrico, são maiores no diâmetro transversal, portanto, o parto ocorre sem movimentos rotacionais, de forma transversa (BARACHO, 2014 p. 133).

A noção de que dimensões pélvicas maternas estão sujeitas à poderosas demandas competitivas da reprodução e da locomoção é amplamente aceita na literatura biomédica e antropológica (KROGMAN, 1951; WASHBURN, 1960; SCHULTZ, 1969; ROSENBERG & TREVATHAN, 1992; ROSENBERG & TREVATHAN, 1996; WITTMAN & WALL, 2007; WALSH, 2008; FRANCISCUS, 2009; TREVATHAN, 2011; apud WELLS et. al, 2012)

O equilíbrio alcançado na pélvis feminina entre a locomoção e o parto pode ter sido de grande importância seletiva entre as populações passadas, já que um canal pélvico obstetricamente inadequado (muito pequeno ou não corretamente formado) implica em problemas durante o parto, potencialmente levando à morte ou ocasionando sequelas ao infante e/ou à mãe (KURKI, 2007).

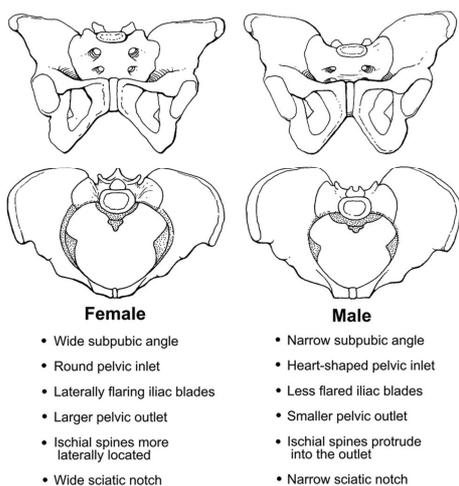
Existe em nossa espécie uma relação entre o crescimento da pelve e a maturação reprodutiva (MOERMAN, 1982 apud BOGIN, 2010) referindo que a primeira variável crucial para o nascimento bem sucedido é o tamanho da entrada pélvica. Em um estudo de Moerman (1982) apud Bogin (2010) mostra que foram analisados raios-X da pelve de uma amostra longitudinal, de meninas americanas saudáveis e bem alimentadas que tiveram menarca entre 12 e 13 anos. Estas meninas não atingiram o tamanho adulto de entrada pélvica até 17 a 18 anos de idade. Inesperadamente, o surto de crescimento na adolescência, o que ocorre antes da menarca, não influencia o tamanho da pelve, da mesma forma que o resto do esqueleto. O estudo demonstra que a pelve feminina tem seu próprio padrão de crescimento lento, que continua por vários anos após a estatura adulta ser alcançada. Não se sabe o porque da pelve seguir este padrão incomum de crescimento, não é claramente compreendido. Novamente o andar bípede é lançado como um possível fator. Mulheres humanas podem precisar de um longo período de crescimento pélvico para compensar a restrição (BOGIN, 2010).

O padrão especial de crescimento pélvico humano ajuda a explicar o atraso da menarca até a maturidade reprodutiva completa. Esse tempo de espera parece ser o resultado tanto da seleção natural quanto sexual e fornece às meninas adolescentes

muito mais oportunidades de serem percebidas como fisicamente maduras como de fato elas são. Este atraso biológico na fertilidade incorpora práticas importantes no comportamento sexual, social, econômico e político que levam ao aumento da aptidão reprodutiva na vida adulta (BOGIN, 2010).

Wells et. al, (2012, p.40) observam que ambas as dimensões da pelve materna e dos padrões de crescimento fetal são sensíveis a fatores ecológicos, como a dieta e o ambiente térmico. Tendências seculares de tamanho corporal podem então, acentuar ou diminuir o dilema obstétrico. O surgimento da agricultura pode ter acentuado o dilema, ao diminuir a estatura materna e aumentar o crescimento e a adiposidade neonatal por conta das mudanças alimentares (WELLS et al., 2012).

Figura 2: Dimorfismo sexual da pelve óssea em nossa espécie



FONTE: WITTMAN E WALL (2007)

Na análise biomecânica para o parto em humanos é importante considerar tamanho e forma para entendermos as dificuldades que cercam o nascimento de infantes (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001). Apesar da cabeça do feto ter forma oval, mais longa anteroposteriormente e mais estreita bilateralmente e o canal de nascimento também possuir forma oval (ROSEMBERG & TREVATHAN (2001); WALRATH (2003); CONROY (2012); LARSEN (2014); WELLS, DESILVA e STOCK (2012); ROSEMBERG & TREVATHAN (2002); WITTMAN (2007), no parto humano o tamanho da cabeça do feto é excepcionalmente grande em relação ao tamanho de seus corpos, associado a esses fatores, o trajeto pélvico de uma pelve

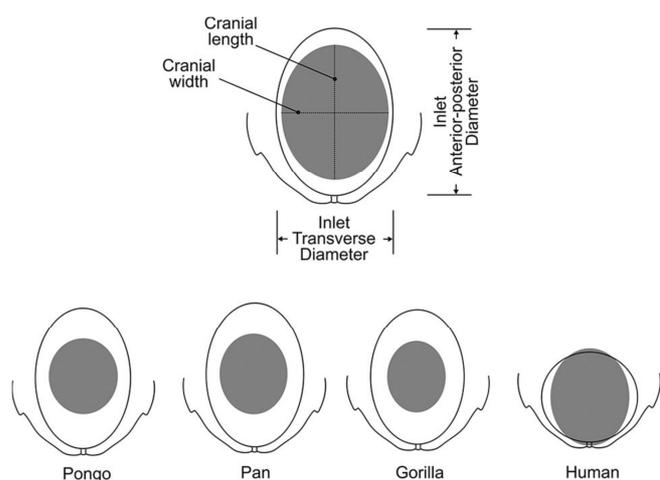
bípede, a qual o bebê precisa passar, fica limitado, quase que equivalente ao tamanho do crânio fetal (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001).

Tamanhos quase que equivalentes de dimensões pélvicas e cranianas tornam maior a complexidade e duração do parto em nossa espécie em relação à outras espécies primatas mais próximas (TREVATHAN, 2011; ROSENBERG, 1992; ROSENBERG E TREVATHAN, 2002).

Em uma análise evolutiva, o parto no Gênero *Homo* evolui em um mecanismo rotacional com giros e torções do feto para vencer o dilema de proporcionalidade entre o tamanho da pelve materna e o tamanho do crânio fetal, para permitir o nascimento (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001).

Para Walrath (2003) e Rosemberg & Trevathan (2001), o dilema de proporcionalidade faz com que nossa espécie transforme o nascimento em um mecanismo social, fazendo com que a mãe solicite ajuda durante o período que precede o nascimento. Um outro fator limita a independência da mulher ao dar a luz sem ajuda é a apresentação fetal em occipito-anterior, limitando a capacidade da mãe de receber a criança ou prestar suporte ventilatório imediato ao nascimento, como ocorre com outros primatas (Figura 5) (TREVATHAN E ROSENBERG, 1996).

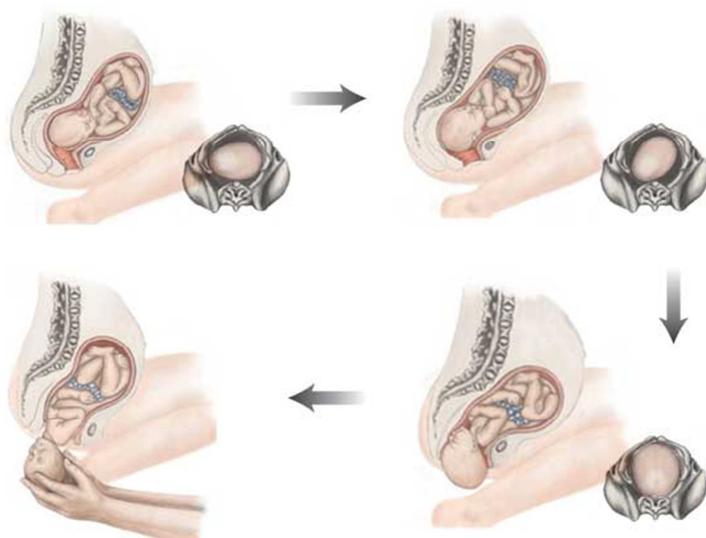
Figura 3: Proporção entre a pelve materna e o cérebro do feto em grandes primatas e em humanos



FONTE: WITTMAN E WALL (2007)

Para a compreensão do trajeto do feto pelos estreitos ósseos maternos entendamos que na apresentação cefálica de vértice, a única compatível com o parto transpélvico espontâneo, o polo cefálico penetra na bacia, na maioria das vezes, com sua sutura sagital no sentido do diâmetro transverso do estreito superior (BARACHO, 2014 p. 129). Qualquer que seja a direção da sutura sagital ao penetrar no estreito superior, o seu desprendimento no estreito inferior acontece sempre no diâmetro antero-posterior occipital junto do púbis, occipitopúbico, ou, então, occipital junto ao sacro - occipitossacro. Essas mudanças de posição na pelve caracterizam os tempos de mecanismo de parto: insinuação, encaixamento, flexão, descida, rotação interna, deflexão, rotação externa e expulsão ou desprendimento (Figura 4) (BARACHO, 2014 p. 130).

Figura 4: Giros e torções do feto pela cavidade pélvica



FONTE: TREVATHAN E ROSENBERG (2001)

Isso significa que o feto precisa fazer uma série de mudanças de direção à medida que avança pelo canal de nascimento, para que as duas partes de seu corpo de dimensões maiores - a cabeça e os ombros - estejam sempre alinhadas com a maior largura do canal (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001).

Figura 5: Possibilidade de realização do próprio parto em outros primatas



FONTE: ROSENBERG E TREVATHAN (2001)

Pode-se concluir neste capítulo que o nascimento humano é cercado de idealizações e expectativas sociais, culturais e emocionais que vêm mudando com o passar do tempo. A maneira pela qual vemos o parto e a puericultura hoje têm raízes em nosso passado evolutivo, a busca por assistência seja de médicos, enfermeiros, parteiras ou membros da família no momento do nascimento explica-se pelas dificuldades encontradas pela mulher no caminho para dar a luz a um infante (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001).

### 3 ABORDAGEM HISTÓRICA DA OBSTETRÍCIA

Apesar das poucas informações que se tem sobre o modelo de atenção ao parto de nossos ancestrais, o parto natural foi o modo predominante de nascer até muito recentemente (SANTOS, 2002, PARENTE et al., 2011, TREVATHAN, 2011). Registros fósseis comprovam que as dificuldades do parto fazem parte da vida dos seres humanos e de seus ancestrais há milhões de anos, fazendo com que o parto assistido seja considerado um elemento potencialmente característico dos seres humanos (ROSENBERG & TREVATHAN, 2001). A arte da obstetrícia vem sendo registrada desde o início da civilização, com mulheres auxiliando os nascimentos e acumulando conhecimentos sobre a parturição (FOSTER, 2014; MELO, 1983).

Atualmente, existe grande preocupação com número de cesarianas e intervenções desnecessárias nas parturientes e nos recém-nascidos, além de dilemas assistenciais como a peregrinação em busca de uma maternidade durante o trabalho de parto, ocasionado pela falta de leitos nos hospitais e a medicalização do parto (LANSKY, 2014). Portanto, a elaboração de propostas para reverter a epidemia de cesarianas e garantir acolhimento sem intervenções cirúrgicas ou medicamentosas traumáticas e desnecessárias aos recém-nascidos tem se estabelecido como uma prioridade (MOTT 2002; BRASIL, 2016).

Nosso objetivo aqui é realizar uma abordagem histórica da obstetrícia, demonstrando a evolução e desfechos da assistência à mulher por parteiras e médicos, na busca de somar esforços para a compreensão das altas taxas de parto cesariana que se verificam atualmente no Brasil.

#### 3.1 UMA BREVE HISTÓRIA DO NASCIMENTO HUMANO

Figuras pré-históricas e antigos desenhos egípcios mostram parturientes recebendo auxílio de outras mulheres durante o nascimento na posição sentada ou de cócoras, sendo comum o parto em tamboretas (DRIFE, 2002). Tradicionalmente, os partos e seus cuidados eram realizados por mulheres historicamente conhecidas, como aparadeiras, comadres ou mesmo parteiras-leigas (BRENES, 1991). As parteiras tinham um grande saber empírico como posse e assistiam domiciliarmente às mulheres durante a gestação, parto e puerpério (BRENES, 1991). Eram de confiança das gestantes e consultadas a respeito de diversas questões, como cuidados com o bebê e com o corpo

da mãe, cuidados puerperais, “resguardo”, doenças venéreas e práticas abortivas (BRENES, 1991).

O primeiro programa formal de treinamento de parteiras que se tem conhecimento foi iniciado por Hipócrates no século V a.C. onde foram estabelecidos dois tipos de parteiras: a tradicional (acompanhava grávidas saudáveis) e os “médico-parteira” (habilitados a lidar com as complicações) (MELO, 1983).

O primeiro livro de anatomia conhecido direcionado à parteiras foi escrito por Hierophilus, tendo origem no trabalho realizado por uma parteira grega chamada Agnodike, que teria ingressado na escola médica disfarçada de homem, no Egito durante o século II a.C. (SANTOS, 2002).

O grego Sorano (98-138 d.C.), estudou medicina na cidade de Alexandria e foi autor de um tratado para parteiras "De Mulierum Passionibus", a obra, em latim, perpassou 14 séculos como única referência do ofício de partejar. Porém, com as práticas médicas escritas em latim, não havia possibilidade da maioria das parteiras participarem do compartilhamento de conhecimentos (SANTOS, 2002, REZENDE, 2002).

Segundo Rocha (2004), até o período do Renascimento, não se sabe ao certo se havia um treinamento formal e especializado para as parteiras na maioria dos países. A arte de partejar era aprendida por meio da observação e acompanhamento do parto de outras mulheres.

No ano de 1452 foi regulamentada a profissão das parteiras pela primeira vez na Europa, em Regensburg, na Alemanha. Sendo esta adotada nos anos seguintes em outras cidades alemãs. Em 1480, foram dadas instruções sobre a realização da cesariana em mulheres vivas no Estado de Wurttemberg, anteriormente a esse período, o procedimento só poderia ser realizado em mulheres mortas (SANTOS, 2002).

O primeiro livro escrito com uma linguagem que grande parte das parteiras da Europa Central poderia entender foi feito em alemão vernacular, em 1513, por Rosslin, e foi traduzido para o inglês com o título "The Birth of Mankind" (SANTOS, 1999).

Em 1560, em Paris, houve a publicação do primeiro estatuto que regulamentava a profissão de parteiras, que requeria testemunhas e aprovação de banca formada por duas parteiras, um médico e dois cirurgiões (BARRETO, 2008). Uma das grandes responsáveis pela formação das parteiras francesas foi Loyse de Borgeois (1563-1636), parteira letrada, autodidata, que foi a primeira a escrever livros sobre o tema voltados para suas pares. Proveniente da classe média e casada com um cirurgião,

atendia mulheres da classe baixa, valorizava práticas não intervencionistas, era contra as manipulações dos cirurgiões e dava especial atenção ao aspecto emocional, encorajamento e posicionamento da parturiente sempre respaldada no conhecimento científico da época (SANTOS, 2002).

A partir de 1573 as parteiras de Frankfurt ficaram sob autoridade da Igreja Católica durante 130 anos através de um decreto lei, sendo elas obrigadas a assistirem aulas, realizarem o batismo, denunciar casos de aborto, condutas ofensivas e contrárias à crença dos católicos, crianças nascidas de relações não matrimoniais e o uso de métodos contraceptivos (SANTOS, 2002).

Na Inglaterra, o primeiro manual institucional escrito por uma parteira foi publicado em 1671. A parteira como profissão surgiu mais tardiamente naquele país devido ao poder da igreja até o século XVIII (SANTOS, 2002).

No final do século XVI, a profissão de parteira começou a declinar devido à utilização do fórceps obstétrico<sup>1</sup> (CUNHA, 2012), o qual aos poucos substituiu a embriotomia<sup>2</sup>, introduzindo a noção do parto como um ato “controlado” pela atividade humana (CUNHA, 2012).

Em 1703, em Frankfurt, foi decretado que toda parteira fosse alfabetizada, casada ou viúva, deveria ter parido pelo menos uma vez, deveria participar de aulas ministradas por médicos e solicitar o auxílio de um médico sempre que diagnosticasse uma dificuldade no parto, o que deu base a um grande conflito entre parteiras e médicos devido ao conhecimento médico sobre o parto ser baseado inteiramente na teoria ou adquirido dos barbeiros-cirurgiões (THÈBAUD, 2002).

Em 1739, na França foi criada a escola oficial de parteiras, juntamente com a escola médica, mas apesar do treinamento formal para ambos, as críticas, com ar satírico, estavam sempre presentes nos textos médicos direcionados às práticas das parteiras (THÈBAUD, 2002).

No Brasil, apesar do longo histórico de existência de parteiras tradicionais, somente a partir do ano 2000 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Parteiras, que permanece até os dias atuais, fazendo parte de uma das iniciativas para melhorar a assistência à gestação, parto, nascimento e puerpério (BRASIL, 2010, RULLAN, 2000).

Desta forma, tem sido realizado cadastramento, capacitação e pagamento dessas mulheres através do Sistema Único de Saúde (SUS), como forma de reconhecimento das parteiras como parceiras na atenção à saúde das comunidades, valorização, apoio,

qualificação e articulação do trabalho dessas mulheres ao SUS, inserindo-as nas estratégias do Ministério da Saúde para redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2010; FLEISCHER, 2011).

### 3.2 AS ORIGENS DA CESARIANA

Os dicionários de ginecologia e obstetrícia costumam definir a cesárea como término cirúrgico da gravidez ou do parto pela operação de abertura do útero (LURIE, 2005). Não existem provas sobre a origem exata da cirurgia cesariana, podendo-se encontrar em relatos da mitologia greco-romana, em inscrições nos manuscritos persas, assírios e nos papiros egípcios que a retirada do feto por via abdominal existe a milênios e somente era realizada após a morte materna para tentar salvar a vida do feto (LURIE, 2005).

É controversa a expressão "slip remin" utilizada no texto "Ibiq-iltum", o qual relata o nascimento por cesárea de uma criança proveniente do ventre de uma mulher morta na Babilônia (1795-1750 a.C.). A expressão pode significar tanto cesariana quanto o uso do fórceps, remete-se à cesárea pelo fato de que o uso do fórceps somente aparecer relatado na Idade Média (REZENDE, 2009).

Os primeiros documentos legais sobre a intervenção cesariana foram registrados na Babilônia (1795-1759 a.C.), via Lei dos Reis, "Lex Regia", que estabelece a possibilidade de um nascimento pós-morte por meio de uma incisão no abdômen. A origem do termo cesárea pode estar na transição da Roma antiga para o Império Romano quando a "Lex Regia" passou a ser designada "Lex Cesarea" (LURIE, 2005). No ano de 700 a.C. uma lei romana proibia o funeral de qualquer gestante que viesse a óbito durante o parto antes que a cesárea fosse realizada para a retirada do feto (REZENDE, 2009).

Segundo Lurie (2005) nenhum escritor antigo abordou a questão do momento ideal para se realizar uma cesariana pós-morte visando salvar a vida do feto. Porém, há um estudo que relata a morte materna durante um período de 25 minutos sem tentativa de ressuscitação e a retirada do bebê com vida após 47 minutos do óbito materno.

Um conjunto de leis hebraicas, "Mishna" e "Talmude" (do Século II a.C. ao século VI d.C.), parece já fazer referência a cesarianas realizadas em mulheres vivas. No entanto, o primeiro relato de cesariana com sucesso materno ocorreu em 1500, na

cidade de Sigershaufen, na Suíça, por Jacob Nufer, um castrador de porcas, em sua própria esposa (REZENDE, 2009).

Na prática da arte obstétrica, a intervenção cesariana foi introduzida com maior frequência somente a partir do século XVIII, já que era um procedimento com alta mortalidade materna e fetal e, por esse motivo, havia um enorme receio por parte dos médicos em realizá-la. No século XIX, a primeira cesariana feita com sucesso nas Ilhas Britânicas foi realizada por uma parteira irlandesa, Mary Donally, em 1873.

No Brasil, a primeira operação cesariana é creditada ao Dr. José Correia Picanço, Barão de Goyana, tendo sido realizada em Pernambuco no ano de 1822 (REZENDE, 2009). A partir do século XX a cesárea tornou-se uma operação rotineira na maior parte do mundo. No Brasil, no ano de 2010, 52% do total de nascimentos foram por parto cirúrgico (BRASIL, 2012).

### 3.3 A INSERÇÃO DOS CIRURGIÕES NO NASCIMENTO

A etimologia da palavra obstetrícia - originada do latim "obstetricum", significa "estar diante de"; "mórbido", "tétrico" ("tetricum") - expressa em si, um dos aspectos que a apropriação dessa área do saber trouxe para os médicos a partir do século XVI, diante de situações que tecnicamente não conseguiam dominar (Vieira 1999). A medicina incorporou a prática do partejar como atribuição do médico, intitulado-a de arte obstétrica e denominando parteiro ou médico parteiro os profissionais formados pelas escolas cirúrgicas (BRENES 1991).

Durante o século XVI, as figuras dos "accoucheurs" (homens parteiros) tornaram-se comuns na França. O mais conhecido "accoucheur" francês foi François Mauriceau (1637-1709), cujo nome originou o título da manobra de "Mauriceau-Smellie-Veit"<sup>3</sup>, que consiste em, durante um parto difícil, virar o bebê e inserir um dedo em sua boca para manter a flexão de sua cabeça afim de facilitar a saída pelo canal de parto. Em 1668, Mauriceau publicou o famoso texto "Traité des maladies grosses femmes", que recebeu tradução para diversas línguas e passou por várias edições, representando uma inovação na área da obstetrícia. Ele introduziu a prática do parto na cama, substituindo as banquetas utilizadas até então (DRIFE, 2002).

A grande ascensão dos médicos no momento do parto e nos cuidados pré e pós-parto foi, indiscutivelmente, um dos eventos mais importantes para a história da

parturição no Ocidente (SOUZA, 2005). Pode-se afirmar que a institucionalização das concepções e práticas médicas teve um papel essencial na ocasião da redefinição dos modos de parturição tradicionais e no poder dos médicos (SOUZA, 2005).

Em relação ao domínio médico na parturição, Tornquist (2004 p.75) revela que “foi um dos últimos e dos mais difíceis de ser conquistado pelo staff médico” devido ao fato das parturientes terem apresentado resistência para deixar o ambiente domiciliar e passar a dar à luz em hospitais, denunciando violências ocorridas frequentemente no ambiente hospitalar. Na visão de Brenes (1991 p.135), a inclusão dos médicos-parteiros na prática referente ao nascimento humano inaugurou, “não só o esquadrinhamento do corpo feminino, como a produção de um saber anatômico e fisiológico da mulher, a partir do olhar masculino”. Para Vieira (1999) a entrada dos médicos na cena do parto revela que os cirurgiões são dotados de espírito investigador, que desafiaram o monopólio das parteiras e conquistaram uma nova especialidade dentro de sua área de atuação.

#### 3.4 O SURGIMENTO DAS PRIMEIRAS MATERNIDADES E A TRANSFERÊNCIA DO PARTO DOMICILIAR PARA O PARTO HOSPITALAR

O "Hôtel-Dieu", em Paris, no século XVII, ainda não era denominado como maternidade, mas estava vinculado ao curso de formação de parteiras, prestava atendimento à mulheres pobres que buscavam abrigo no local e dava experiência aos cirurgiões o que simbolizou um progresso da obstetrícia na França (DRIFE, 2002).

Neste hospital foi estabelecido o parto horizontalizado com posição litotômica<sup>4</sup> e a introdução de cirurgiões na assistência ao parto, pois ainda não existiam a obstetrícia e a ginecologia como especialidades médicas (SANTOS, 2002).

Na Inglaterra, surgiram várias instituições para o parto a partir do século XVIII (quatro no período entre 1749 e 1767). Tais locais serviam para o ensino e formação dos homens-parteiros. Aproximadamente 900 homens-parteiros foram formados entre 1740 e 1750. No ano de 1794 foi criada a primeira maternidade na França, durante o período da Revolução Francesa e em 1881, houve a criação do corpo de parteiros dos hospitais (CODY, 2005).

Segundo Thébaud (2002) em 1900, foi construída a maternidade do Hospital de Bellevue em Saint-Etienne, a qual em 1914 era responsável por 16% dos nascimentos. No mesmo período foi inaugurada a Casa Familiar do Rhône (Maison Familiale du

Rhône) sob a direção do renomado parteiro Dr. Pelissier, que tinha como clientela mães solteiras que se refugiavam no local, Em 1920, os nascimentos em maternidades dobraram, atingindo em 1946, 46% dos nascimentos (THÉBAUD, 2002). Ainda em 1920, surgiu a Casa de Parto de Baudelocque (Maison d'Accouchement Baudelocque) (THÉBAUD, 2002).

Nas cidades médias e grandes, o número de serviços públicos de assistência ao parto era de 352. Dentre estes havia nove pequenos estabelecimentos no início dos anos 1920 construídos por iniciativa privada da Mutualité Maternelle de Paris (Associação de Previdência Materna de Paris), uma pequena maternidade de três leitos foi aberta pela mesma iniciativa na Normandia, em 1929 (THÉBAUD, 2002). A intenção da institucionalização do parto no início do século XX na França era similar à institucionalização ocorrida nos outros países ocidentais, pois o principal objetivo era fazer com que o número de parteiras formadas aumentasse em substituição às comadres (THÉBAUD, 2002)..

Nos EUA as primeiras maternidades surgiram apenas no século XIX, com clientela de perfil de mulheres pobres, sem-teto, ou pertencentes à classe operária e que não tinham dinheiro para pagar o parto domiciliar (SANTOS 2002).

Na Europa, o perfil das mulheres que buscavam as maternidades apresenta-se restrito no período entre a primeira e a segunda guerra mundial, sendo composto principalmente por mulheres pobres, mães solteiras, que escondiam a gravidez e faziam estadia em maternidades, que detinham um sistema quase que de carceragem (THÉBAUD, 2002). Com o passar do tempo, ocorreu uma diversificação da clientela dessas instituições, acolhendo cada vez mais mulheres casadas, provenientes de classe média operária e popular, com cada vez menos procedimentos que eram tidos como negligentes, até chegar às mulheres que detinham seguro social, sendo que mais da metade das parturientes em 1930 preenchiam esse perfil. As mulheres de classes mais altas ainda preferiam dar à luz em suas residências mesmo arcando com esforço financeiro (THÉBAUD, 2002).

Na França, no ano de 1930 cerca de 68% dos partos eram realizados no ambiente hospitalar. Ainda neste período no campo prevalecia a ocorrência de partos naturais domiciliares, sem ajuda médica. Havia muitas parteiras que possuíam diplomas, mas as maternidades eram exceções, e os pequenos estabelecimentos locais eram a maioria (THÉBAUD, 2002).

Segundo Tornquist (2004:72)

a obstetrícia e a ginecologia [...] tornaram a mulher um corpo passivo. Os instrumentos e técnicas obstétricas, criados e usados no campo da medicina da mulher, são reveladores desta visão, ao mesmo tempo em que estão carregados de associações com a sexualidade e a ascendência dos homens sobre as mulheres ou, neste caso, dos médicos sobre suas pacientes.

Martins (2005) afirma que a mulher passou gradativamente a se submeter a exames obstétricos, criando uma relação entre o sujeito-observador e o corpo-observado, relação semelhante a produzida nos laboratórios de anatomopatologia e nos exames clínicos, explicada nos livros de obstetrícia e ensinada rotineiramente nas escolas médicas. Durante o século XIX foram desenvolvidas técnicas cirúrgicas, anestésicos e o uso da assepsia, eventos que promoveram a melhoria da atenção à saúde materna e da prática obstétrica (VIEIRA, 1999). A obstetrícia tornou-se especialidade médica a partir da experiência dos cirurgiões em atender somente a partos complicados, o que explica o grande interesse nessa época pela patologia dos partos (MARTINS, 2004).

A partir do momento em que a medicina passou a dar ênfase para a questão da saúde da mulher, a imagem do médico cirurgião, que antes do século XIX gerava muitas dúvidas e insegurança nas mulheres quanto às práticas com o corpo, ganhou respeito e valorização das pacientes, o que foi reforçado também pela introdução de atos higienistas preconizados pela ciência (SOUZA, 2005).

A hospitalização do parto foi um processo essencial para o enriquecimento e apropriação de conhecimentos nesta área e, conseqüentemente, para o desenvolvimento do ensino médico. O médico possuiria a tarefa de “proteger” as mulheres, pois cada vez mais a ciência médica demonstrava interesse pela natureza feminina e pelas doenças de seu corpo. Tal atenção teve como efeito a formação das especialidades voltadas para a diferença feminina, o que resultou na consolidação das áreas de ginecologia e obstetrícia (VÁSQUEZ, 2007).

Segundo Freitas (2005) as maiores dificuldades no que tange ao atendimento domiciliar estavam relacionadas a questões como as precárias condições das residências, quartos com pouca iluminação, carência de recursos, higiene e assepsia. Todos estes empecilhos dificultavam potencialmente a realização de exames nas pacientes e a realização de partos seguros.

A substituição do parto domiciliar pelo hospitalar foi um processo iniciado na cidade e que seguiu rumo ao campo. Cada vez mais raro nos grandes centros, o parto domiciliar prevaleceu até os anos posteriores à Segunda Guerra Mundial na maioria das

idades localizadas no interior da Europa (TORNQUIST, 2004). Em visão crítica sobre os procedimentos obstétricos em relação ao protagonismo da mulher, Odent (2002 p.12) diz que “todo o conjunto de procedimentos obstétricos reflete similarmente, à degradação do papel da mulher no parto”.

Estatísticas mundiais demonstram que a mortalidade materna sofreu redução no início do século XX devido ao aumento da medicalização durante a assistência ao parto, o que permitiu a realização do pré-natal, identificação de toxemias gravídicas, malformações, gravidezes extrauterinas, vencimento da infecção puerperal e melhores condições de assistência ao parto. Segundo Thébaud (2002), o movimento de transferência das parturientes para as maternidades cresceu após 1945, simultaneamente às transformações na profissão de parteira (condições salariais e diminuição do número de profissionais).

Contudo, a partir dos anos 1970, esse movimento de medicalização deparou-se com a contestação do poder médico e com as reivindicações das mulheres para disporem de seus corpos. Atualmente, desenha-se uma nova representação destes processos que integra, de modo geral, segurança, conforto e respeito às individualidades.

### 3.5 A HISTÓRIA DA OBSTETRÍCIA NO BRASIL

Os costumes e práticas tradicionais acerca do parto e do nascimento foram introduzidos no Novo Mundo no momento em que os ingleses colonizaram a América do Norte (WERTZ & WERTZ, 1989). O ensino da arte obstétrica em território brasileiro foi solicitado em 1808, ano da chegada da Coroa Portuguesa ao país (Souza, 2005). O pedido foi feito pelo Barão de Goyana, José Correia Picanço, que relatou a D. João VI acerca da necessidade de se criar um colégio de cirurgia. Atendendo e concordando com a ideia, a Carta Régia de 18 de fevereiro de 1808 determinou que José Picanço fosse o responsável pela criação do plano de curso e pela escolha e seleção de cirurgiões para o Hospital Militar. O colégio de cirurgia ensinaria não somente os procedimentos cirúrgicos, mas também anatomia e arte obstétrica.

A arte obstétrica no Brasil iniciou-se da mesma maneira que na Europa do século XVII: a partir inserção da figura masculina no saber e na prática obstétrica, de início apenas no parto e posteriormente durante todo o período da gravidez, em situações nas quais os médicos-parteiros buscavam solucionar questões ligadas ao risco

de vida para a mulher no final da gestação ou durante o parto (BRENES, 1991, MARQUES, 2005).

No ano de 1847, foi criada a maternidade Santa Casa de Misericórdia, no Rio de Janeiro, a qual abriu espaço para o treinamento de práticas médicas relacionadas à área obstétrica. No Estado do Pará, somente no ano de 1877 foi inaugurada uma sala especial para obstetrícia, também chamada de “sala da maternidade”, na Santa Casa de Misericórdia, sendo responsável pela clínica obstétrica da Santa Casa o médico Basílio Magno de Araujo (MIRANDA, 2010). Após uma série de reformas, ampliação do espaço e construção de novas salas, em 1918 o serviço obstétrico oferecido neste hospital foi considerado um dos melhores do país (MIRANDA, 2010).

Segundo o estudo realizado por Lansky (2014), atualmente a maioria dos partos são realizados em ambiente hospitalar (98,4%), por médicos (88,7%), sendo apenas 8,3% de partos conduzidos por enfermeiras. Este número ainda é mais prevalente nas regiões Norte e Nordeste (PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE, 2013), onde o volume de profissionais médicos é mais reduzido em comparação com o restante do Brasil (MAIS MÉDICOS PARÁ, 2015). A assistência ao parto e nascimento no Brasil não pode ser considerada homogênea, mesmo que a maioria dos partos ocorra em hospitais, o parto e nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais ainda estão presentes no país, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, destacando-se nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, de difícil acesso e em populações tradicionais como as comunidades quilombolas e indígenas (CUNHA, 2012).

O fato de que o parto domiciliar não esteja incluído no SUS e também de que, frequentemente, nem mesmo obtenha reconhecimento como uma ação de saúde desenvolvida no âmbito das comunidades, faz com que este acabe sendo realizado de maneira precária, revelando uma situação de exclusão e isolamento, sem auxílio algum por parte da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança. A maioria das parteiras tradicionais não é formalmente capacitada, não possui os materiais básicos para a assistência ao parto e não é remunerada por sua atividade de trabalho (CUNHA, 2012).

Particularmente na região que compreende a Amazônia, envolta em uma gigantesca diversidade geográfica e cultural, existem diferentes práticas para cuidar da gestante e do bebê durante o nascimento. Nas comunidades da zona rural amazônica, o processo de nascimento em casa se apresenta com vários significados, inclusive de caráter divino (tais como a ideia de dom necessário para exercer a função de parteira)

tanto para as parteiras tradicionais como para as parturientes e familiares, todos estes provenientes da preservação da tradição e de valores culturais do povo (BARROSO, 2009).

A liderança sindical das parteiras a partir da década de 1980 contribuiu para o surgimento da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) (MOUTA, 2014). Esta unidade é responsável pela qualificação e certificação dos profissionais, garantindo assim maiores esclarecimentos em relação aos seus direitos trabalhistas e regulamentação da profissão.

Atualmente, no mundo todo, estamos passando por um momento de mudança em larga e importante escala sobre as políticas de assistência na obstetrícia, retomando práticas antes valorizadas e buscando-se ressaltar o uso da ciência e da tecnologia de forma adequada, visando a obtenção de resultados positivos na atenção obstétrica.

A arte de partejar é parte fundamental da história evolutiva humana e aparece desde os primórdios da história, sendo recontada pelo mundo inteiro, contudo a assistência ao nascimento sofreu mudanças significativas no decorrer dos últimos milênios e, em particular após a segunda metade do Século XX (FOSTER, 2014).

Evidenciar a história do parto é importante para a caracterização dos ciclos assistenciais que vieram se formando ao longo do tempo na tentativa de melhorar a assistência da mulher e do recém nascido sem deixar de levar em consideração o fato do parto ser um evento complexo do ponto de vista histórico, cultural e biológico (TREVATHAN 2001; TORNQUIST 2004, JORDAN, 1993). No início do século XXI, os progressos tecnológicos algumas vezes são vistos como alternativas mais eficientes aos procedimentos considerados tradicionais. No entanto, seu abuso, como parece ser o caso dos partos cesáreos desnecessários, pode trazer graves repercussões financeiras, epidemiológicas, biológicas, fisiológicas e até mesmo genéticas, que ainda não foram investigadas em sua plenitude (GIBBONS et al., 2010, ALMGREN et al., 2014).

Compreender que as mudanças de procedimentos médicos são decisões culturalmente definidas é fundamental para a avaliação da segurança dos procedimentos e a tomada de decisão sobre políticas públicas mais eficientes.

---

<sup>1</sup> Fórceps é um instrumento utilizado na medicina para auxiliar a retirada de um feto por alguma razão em que a contração natural não é suficiente para o parto ou possa colocar em risco a vida da gestante e/ou do feto. Geralmente é usado quando o bebê é muito grande ou em casos de parto de risco.

---

<sup>2</sup> Embriotomia é uma intervenção cirúrgica por meio da qual se secciona um embrião dentro do organismo gerador, quando é impossível a extração total e de uma só vez.

<sup>3</sup> Manobra de Mauriceau é efetuada para extração da cabeça do feto apresentado de nádegas depois de os membros e o tronco terem sido já retirados. Consiste em introduzir dois dedos na boca do feto com o dorso do feto para cima e a cavalo do antebraço do parteiro, obrigando o feto a fletir a cabeça e voltando osso occipital para a frente, e abaixando-o sobre a sínfise púbica. Posteriormente, fletir suavemente a cabeça e retirar progressivamente o feto da vulva

<sup>4</sup> Posição litotômica é a posição onde o corpo fica deitado com a face voltada para cima, quadril e joelho a 90 graus.

---

#### 4 ASPECTOS RELACIONADOS AO ASSISTENCIALISMO EM PARTOS

Dentre os diversos modelos de assistência ao parto, o Brasil é o país campeão mundial de cesarianas, "o modo de produção em saúde no parto dominante é via modelo assistencial centrado no serviço e no profissional, não na mulher e no processo do parto" (RIESCO, 2014 p. 35).

Já foi mencionado que a cesárea foi introduzida na prática clínica como um procedimento para salvar vida tanto da mãe quanto do bebê (GIBBONS et al. 2010 p. 4). Apesar da Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendar taxas de no máximo 15%, desde a década de 70 vem se observando um aumento crescente nessas taxas em diversos países como o Brasil, onde houve um aumento significativo com o passar dos anos, oscilando de 14,6% no início da década de 70 para 31% na década de 80 (CARNIEL et. al, 2007 p.35).

A distribuição da porcentagem de cesáreas a nível mundial é (como a realidade sócio econômica e políticas) extremamente desigual e oscila entre o déficit e o excesso. Um estudo realizado por Cópola (2015 p. 56) mostra que o déficit de cesarianas nem sempre pode ser considerado benéfico, demonstrando que em 24% do total de países falta acesso. Uma taxa de cesarianas menor que 5% (encontrada em 33 países) ou igual a 10% (encontrada em 54 países) pode ser considerada insuficiente.

Os países Latino Americanos no ano de 2012 possuíam uma taxa de excessos de cesáreas, o Brasil tinha uma taxa de 45,9%, México 37,8%, Uruguai 31,9%. Enquanto que os países Norte Americanos tem taxas entre 16 e 20% (CÓPOLLA, 2015 p.56).

Gibbons et al. (2010) calculam que em torno de 18.5 milhões de cesarianas são realizadas todos os anos no mundo todo. 40% dos países têm taxas menores que 10%, mas 10% têm taxas entre 10 e 15%, e aproximadamente 50% têm taxas maior que 15%. 54 países com taxas de cesarianas menor que 10% para apenas 25% (4.5 milhões) das cesáreas globais mas 60% (77 milhões) do número de nascimentos do mundo todo. Por outro lado, 73% (13.5 milhões) do número total de cesarianas são feitas em 69 países com taxas maiores que 15% onde 37.5% (48.4 milhões) do número total de partos ocorrem.

---

Gibbons et al (2010) calcularam que 4.4 milhões de cesáreas seriam necessárias em 54 países com taxas menos que 10%. A vasta maioria desses países são África (68.5%), 29,6% da Ásia e 1 país da América Latina e do Caribe. A Nigéria, Etiópia, República Democrática do Congo, Paquistão e Indonésia contam com 50% do número total de cesáreas adicionais necessárias. Usando 5% como taxa limiar para definir a subutilização de cesáreas necessárias, quase 1 milhão de cesáreas deveriam ser adicionadas em 33 países. Por outro lado, 6.2 milhões de cesáreas são realizadas em excesso anualmente (GIBBONS et al, 2010).

China e Brasil contam com quase 50% do número total de cesáreas desnecessárias realizadas. Usando 20% como taxa limiar para definir "overuse" de cesáreas, 4 milhões de cesáreas são realizadas em excesso em 46 países (GIBBONS et al, 2010).

Apesar dos partos no Brasil ocorrerem predominantemente em hospitais (98,4%) e serem assistidos por médicos (88,7%) 7 os resultados são insatisfatórios se comparados a outras localidades no mundo que alcançaram coeficientes menores de mortalidade neonatal e infantil 8 (GIBBONS et al, 2010).

Esta situação tem sido denominada de “paradoxo perinatal brasileiro”, em que há intensa medicalização do parto e nascimento com manutenção de taxas elevadas de morbimortalidade materna e perinatal, possivelmente relacionadas à baixa qualidade da assistência e utilização de práticas obsoletas e iatrogênicas, que podem repercutir sobre os resultados perinatais. Neste contexto, a taxa elevada de cesariana do Brasil é um dos exemplos de maior destaque, chegando a 53,7% dos nascimentos em 2011 (LANSKY et al., 2014 p. 193).

Estudos demonstram que os benefícios conferidos ao feto pela cesariana são pequenos. Além do procedimento se associar a maiores taxas de mortalidade materna, aproximadamente quatro a cinco vezes maiores que o parto vaginal, encontra-se associado ao aumento da morbidade e mortalidade perinatal (SOUZA et al., 2010; LANSKY et al., 2014 p. 193).

A morbidade materna relacionada à cesariana é representada pelo aumento do risco de nova cesariana, de placenta prévia e placenta acreta em gestação seguinte e de histerectomia por cesarianas repetidas (SOUZA et al., 2010).

---

Para o conceito, particularmente nas cesáreas eletivas, há aumento do risco de morbidade perinatal, sobretudo na admissão da unidade de terapia intensiva neonatal e síndrome da angústia respiratória do recém-nascido, que podem ser reduzidas se a cesariana eletiva for realizada acima de 39ª semana de gravidez (SOUZA et al., 2010).

Em relação à real necessidade da cesariana, existem indicações absolutas e relativas. Em relação à urgência, a cesariana pode ser de urgência absoluta ou relativa. Quando não há urgência, diz-se que a cesárea é eletiva (ENGEL, 2010 p.56).

As quatro indicações mais comuns de cesariana que respondem por aproximadamente 80% destes partos incluem (ENGEL p.56):

- Falha de progressão durante o trabalho de parto (30%).
- Histerectomia prévia - usualmente relacionada à cesariana prévia, mas também associada à cesariana prévia, mas também associada à miomectomia (30%).
- Apresentação anômala fetal (11%).
- Sofrimento fetal (10%).

Outras condições de cesarianas menos comuns abrangem:

- Placentação anormal (placenta prévia, vasa prévia, placenta acreta).
- Infecção materna (herpes simples ou vírus da imunodeficiência humana).
- Gestação múltipla.
- Obstrução mecânica ao parto vaginal (grandes leiomas, fratura pélvica prévia, macrossomia fetal, anomalias fetais como hidrocefalia).

Souza et al. (2010 p. 506) consideram importante salientar que não são indicações de cesarianas condições frequentemente associadas a ela, como: parto após transplante hepático, ruptura prematura de membranas, circular de cordão, gestação prolongada, feto prematuro em apresentação cefálica, amadurecimento placentário precoce.

Consideram-se medidas que reduzem a incidência de cesariana o suporte contínuo à gestante durante o trabalho de parto, segunda opinião na vigência de indicações de cesárea, utilização adequada do partograma, discussão da via de parto com a gestante, não realizar monitorização fetal contínua intraparto em gestações de baixo risco assim como normas e diretrizes específicas baseadas em evidências devem ser adotadas pelos diversos serviços e para a prática clínica individual (SOUZA et al., 2010 p. 507)

---

É importante salientar que não existem contraindicações absolutas à cesariana (ENGEL, 2010 p. 56) as indicações de cesariana são divididas em absolutas e relativas. Ressalta-se que, atualmente, a maioria das indicações é relativa (SOUZA et al., 2010).

Além dessa peculiaridade, é importante ressaltar que muitas gestantes apresentam baixa tolerância em aceitar qualquer situação de risco fetal relacionada ao parto vaginal, independente do risco materno associado à intervenção operatória (ENGEL, 2010 p. 56).

Para Diniz (2009 p. 319) "o contraste entre as evidências de segurança e efetividade e as práticas da assistência no Brasil é ilustrativo para a compreensão do papel dos conflitos e interesse e conveniências institucionais na definição de como a assistência se estrutura". O modelo brasileiro da "cesárea de rotina" inclui planejamento, eficiência e lucratividade tornando-se um ato cultural com menos vulnerabilidade de isolamento pela categoria e processos impostos pelas pacientes no caso de complicação em um parto via vaginal.

Existe uma dualidade na assistência com a legitimização oficial do modelo humanizado e a igualdade de todos os brasileiros pelo SUS, levando os trabalhadores mais qualificados e a elite econômica a criarem novas formas de diferenciação inclusive de "diferentes formas de medicalização e de assistência inapropriada, refletindo na hegemonia dos interesses corporativos sobre os interesses de saúde da população e a falta de regulamentação das práticas" (DINIZ, 2009 p. 320).

Existem diversos trabalhos evidenciando o modelo brasileiro de incentivo por práticas intervencionistas, tais como a cirurgia cesariana de forma aleatória, "além do parto espontâneo ser percebido pelos profissionais como mais arriscado para o bebê, também é tido como mais arriscado para a própria mãe, sendo associado a danos sexuais irreversíveis" (DINIZ, 2009 p. 320).

Até três décadas atrás o setor de serviço complementar influenciou negativamente na redução de taxas de cesarianas desnecessárias, sendo o setor que mais colaborou com o aumento destas (HADDAD & CECATTI, 2011 p. 253).

Desde meados do século XX a temática pela humanização começa a serem identificadas na literatura brasileira ainda como uma preocupação secundária e toma maior visibilidade no final do referido século e início do século XXI com outras

---

iniciativas isoladas no decorrer da década de 1990, como o Hospital amigo da Criança, Humanização das UTIS Neonatais, Norma de atenção humanizada de recém-nascido de baixo peso - Método canguru, Parto Humanizado e outras (CONCEIÇÃO, 2009 p. 195).

Em 1985, após a conferência Internacional para o parto ocorrida em Fortaleza, diversas estratégias foram elaboradas na tentativa de diminuição dos altos índices de cesáreas desnecessárias e no incentivo à condutas úteis na assistência ao parto normal (CARTA DE FORTALEZA, 1985).

Quase uma década depois, em 1993, a Rede Nacional de Humanização pelo Nascimento (REHUNA) ao analisar as circunstâncias de violência e constrangimento da assistência à saúde reprodutiva e especificamente às condições pouco humanas a que eram submetidas mulheres e crianças no momento do nascimento, buscou reflexões da sociedade a respeito das práticas que eram comumente estabelecidas pela crescente especialização e incorporação acrítica da tecnologia, diagnóstico e terapêutica que se afastavam cada vez mais da concepção de nascimento como fenômeno essencialmente normal, perdendo o conhecimento e a segurança da prática da obstetrícia (CARTA DE CAMPINAS, 1993). A elaboração da "CARTA DE CAMPINAS" foi útil no direcionamento para todos os setores da sociedade com demonstrações dos riscos e malefícios de cesáreas e procedimentos desnecessários durante a gestação, parto e pós-parto.

Em 1996, a Organização Mundial de Saúde lançou uma publicação intitulada "*Care in normal birth: a practical guide*", uma importante referência bibliográfica relativa aos cuidados de assistência prestados à mulher durante o trabalho de parto e parto (TORNQUIST, 2004). Nesse documento, a partir de um amplo levantamento bibliográfico, as mais variadas práticas obstétricas adotadas em todo mundo na assistência ao trabalho de parto de baixo risco foram avaliadas, com revisão das evidências a favor e contra algumas das mais utilizadas. Após a realização desse estudo, as práticas obstétricas foram classificadas em quatro categorias (OMS, 1996):

- A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas
- B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas
- C) Condutas frequentemente utilizadas de forma inapropriadas
- D) Condutas frequentemente utilizadas de modo inadequado

---

Passaram a ser valorizadas práticas como (OMS, 1996):

- a) presença do acompanhante, o respeito às práticas culturalmente significativas, o estímulo à deambulação e movimentação da gestante durante o trabalho de parto;
- b) o abandono de práticas de uso rotineiro em muitos serviços, como o uso de enema e raspagem de pêlos pubianos;
- c) a definição de limites para algumas intervenções obstétricas, cesariana, indução do parto, ruptura artificial da bolsa amniótica (amniotomia), uso de monitorização eletrônica e de administração rotineira de analgesia e anestesia durante o parto;
- d) estímulo a algumas condutas como partos vaginais após uma cesárea anterior, proteção do períneo evitando o uso sistemático de episiotomia, monitorização dos batimentos cardíacos fetais através de ausculta intermitente, permanência do bebê junto à mãe sempre que possível, e início do aleitamento materno imediatamente após o nascimento, ainda na sala de parto.

Apesar dessas recomendações e da ênfase crescente no uso da medicina baseada em evidências, muitas práticas consideradas desnecessárias continuaram sendo utilizadas, sem uma real avaliação de suas implicações para as mulheres e recém-natos.

Quinze anos após a conferência Internacional para o parto ocorrida em Fortaleza, a REHUNA volta a se reunir de forma autônoma e elabora um documento intitulado "CARTA DE FORTALEZA" que contém perguntas e certezas pertinentes sobre o novo milênio relacionadas com o direito ao assistencialismo com indagações sobre "como a sociedade quer nasçam seus filhos e filhas? como queremos que mulheres que perpetuarão a vida em nosso planeta sejam assistidas? e como recepcionar esses novos seres humanos?"

Em 2002, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento através da Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000, subsidiado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto, considerando como prioridades primordiais "assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2002 p.5)

a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de

---

que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores risco para ambos.

Em 06 de Julho de 2015 foram estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) novas regras para estimular o parto normal e reduzir as cesarianas desnecessárias, entrou em vigor a Resolução Normativa nº 368, onde " as operadoras de planos de saúde, sempre que solicitadas, deverão divulgar os percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais por estabelecimento de saúde e por médico". O fornecimento do cartão da gestante e da carta de informação da gestante, no qual constam informações a respeito do pré-natal e exige que o obstetra utilize o Partograma, documento gráfico onde é registrado tudo o que acontece durante o trabalho de parto (ANS, 2015).

Segundo a ANS (2015):

O Partograma passa a ser considerado parte integrante do processo para pagamento do procedimento. Nos casos em que houver justificativa clínica para a não utilização do documento, deverá ser apresentado um relatório médico detalhado. Se a cirurgia for eletiva, o relatório médico deverá vir acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pela beneficiária, que substituirá o Partograma no processo de pagamento do procedimento.

Com o Cartão da Gestante, qualquer profissional de saúde terá conhecimento de como se deu a gestação, facilitando um melhor atendimento à mulher quando ela entrar em trabalho de parto. A Carta de Informação à Gestante contém orientações e informações para ela tenha subsídios para tomar decisões e vivenciar com tranquilidade o parto. E o Partograma é importante para casos em que, por exemplo, haja troca de médicos durante o trabalho de parto. Nele devem constar informações como se a mulher é diabética, tem hipertensão, que remédios está tomando, como estão as contrações, se há sofrimento fetal, se o parto não progride, entre outras. As informações sobre as taxas de partos devem estar disponíveis no prazo máximo de 15 dias, contados a partir da data de solicitação. As operadoras que deixarem de prestar as informações solicitadas em cumprimento à Resolução Normativa pagarão multa de R\$ 25 mil.

Definitivamente os anos de 2015 e 2016 representaram grandes avanços no campo assistencial ao parto e puerpério. O modelo predominantemente assistido por médicos tanto no setor público, como no privado sofre modificações com a promulgação da [Resolução Normativa nº 398](#), "que obriga as operadoras de planos de saúde e hospitais a contratarem obstetrites e enfermeiros obstétricos em sua rede

---

assistencial, quando houver disponibilidade desses profissionais" (ANS, 2016). Além de determinar que médicos entreguem as gestantes a Nota de Orientação sobre os riscos dos partos cesárea e normal.

De acordo com a Resolução "o acompanhamento do trabalho de parto e o próprio parto poderão ser executados por qualquer profissional de saúde habilitado para a sua realização, conforme legislação específica sobre as profissões de saúde e regulamentação de seus respectivos conselhos profissionais" (ANS, 2016).

Segundo Odent (2003) o parto não deve ser medicalizado, devendo sofrer o mínimo possível de intervenções. Esta assistência direciona-se a reduzir o uso excessivo de tecnologia quando procedimentos mais simples têm eficiência, reconhecendo que a cesariana é uma cirurgia, com seus riscos e sequelas potenciais, que não deve ser banalizada nem usada de modo arbitrário.

A assistência humanizada vem sendo cada vez mais colocada em evidência durante o pré- natal, parto e pós- parto, valorizando práticas com respeito, que integre a capacidade física e o bem-estar da mãe e do bebê utilizando condutas que não interfiram na fisiologia natural do processo. O Ministério da Saúde atualmente incorpora o tema da humanização como uma das principais pautas de saúde no Brasil, sendo considerado como uma política transversal dentro do sistema dando visibilidade ao "SUS que dá certo" (CONCEIÇÃO, 2009 p. 196).

---

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo foi do tipo retrospectivo com abordagem quantitativa, qualitativa, além de uma revisão da literatura nacional e internacional. O período de realização se deu de Agosto de 2015 a Agosto de 2016 na cidade de Belém-PA. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, sob registro de número CAAE 54047115.8.0000.0018.

### 5.2 LOCUS

O levantamento, recrutamento e seleção dos sujeitos da pesquisa foi realizado em prontuários de mulheres que frequentaram a "Academia da Gestante e do Bebê" localizada na cidade de Belém-PA atendidas no período que compreendeu os anos de 2009 a Junho de 2016. A referida academia presta serviços fisioterapêuticos durante o período pré-natal, parto e pós-parto através de exercícios terapêuticos e recursos fisioterapêuticos que auxiliam as mudanças físicas e biológicas inerentes ao período gestacional, parto e pós-parto, bem como promove cursos e palestras de preparação para o parto e pós-parto.

### 5.3 PARTICIPANTES

Foram selecionados 403 prontuários de mulheres que estiveram gestantes. Para tal seleção foram utilizados critérios de inclusão e exclusão, tais como:

**Critérios de inclusão:** qualquer paciente que esteve gestante e que tenha frequentado a academia no período de 2009 a Julho de 2016.

**Critérios de Exclusão:** Foram usados como critério de exclusão pacientes menores de 18 anos, que não frequentaram a Academia da Gestante e do Bebê no período gestacional e que manifestaram a recusa explícita em participar do estudo.

Das 403 mulheres selecionadas, apenas 117 responderam ao questionário e enviaram as informações necessárias para a construção desse estudo.

---

## 5.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO E COLETA DE DADOS

Com o objetivo de avaliar o período gestacional e seus desfechos para o parto, foram analisadas as fichas de avaliação fisioterapêutica obstétrica da referida academia (ANEXO III), foi elaborado um questionário com perguntas abertas e fechadas (ANEXO IV) foi feita uma divisão entre variáveis sócio econômicas (renda familiar, profissão, credenciamento em plano de saúde privado), preferência por tipo de parto no período gestacional e análise do tipo de parto com suas justificativas declaradas pela mulher (quando a pesquisadora não estava presente) ou somadas à indicação de cesárea presenciada pela pesquisadora.

Foi solicitado às pacientes que enviassem fotos dos exames pré-natal e carteira da criança com os dados de nascimento (perímetro cefálico, peso ao nascer, comprimento, semana gestacional no nascimento). A pesquisadora teve acesso ao banco de dados da academia para obter as informações da ficha de avaliação e o restante das informações foi solicitado via e-mail para cada mulher presente na amostra. Algumas mulheres optaram por entregar em via impressa com resposta redigida a próprio punho para a pesquisadora responsável e o envio das fotos dos exames e carteira da criança via "whatsapp".

## 5.5 COLETA DE DADOS

### 5.5.1 Aspectos éticos

Para a realização dessa pesquisa, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os envolvidos no estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO V). A participação nessa pesquisa foi de forma voluntária, podendo os envolvidos, em qualquer momento, optar pela não participação.

## 5.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados em duas tabelas, uma com informações referente aos dados da criança no nascimento e outra tabela com os dados maternos e respostas do questionário. A pesquisadora responsável também levou em consideração os desfechos

---

relacionados à evolução do período gestacional e desfecho no parto, já que a mesma estava presente na maioria dos nascimentos.

### 5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa seguiu os princípios da Resolução 466/2012 do CNS, que indica em seu capítulo III, Art 3º, que a pesquisa, em qualquer área de conhecimento, que envolva seres humanos deve prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou econômico financeiro, além de assegurar aos sujeitos da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa, determinando assim, a inexistência de conflito entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa ou patrocinador do projeto.

---

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta sessão serão mostrados as análises feitas a partir dos dados obtido e sua relação com a literatura abordada. Foram estudadas 117 mulheres que praticaram atividade física durante o período gestacional. Durante minha vivência profissional pude presenciar quase que diariamente seus anseios, dúvidas, denúncias, medos, satisfações e alegrias relacionados à vida que chegaria ao mundo. Sem o intuito de interferir no andar da carruagem, pude prestar informações para essas mulheres a respeito de indicações e contra-indicações, assim como condutas habituais e não habituais do período pré-natal. Todas as mulheres que buscavam o parto normal e algumas que optavam diretamente pela cesariana participaram de encontros de preparação para o parto, onde eram expostos vídeos e materiais que elucidavam o processo natural e cirúrgico do nascimento. Ao entrarem em trabalho de parto também fui acionada pela maioria delas e pude presenciar acontecimento felizes, infelizes e em determinados momentos angustiantes, seja pelo desfecho do parto ou pelo assistencialismo prestado.

Das 117 mulheres estudadas 6 tiveram uma segunda gestação dentro do período estudado, totalizando 123 gestações. Nas 123 gestações analisadas de um total de 117 mulheres, em 94 gestações (76,42%) as mulheres tinham preferência por um parto normal enquanto apenas 27 (21,95%) disseram optar preferencialmente por uma cesariana.

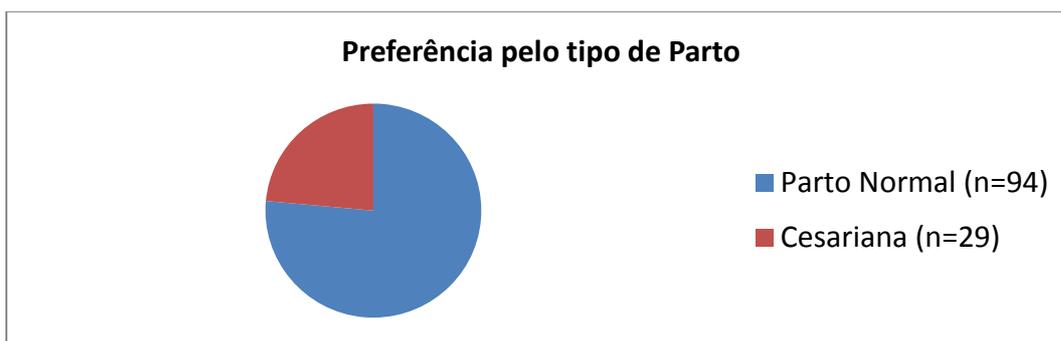


Gráfico 1: Preferência pelo tipo de parto

Com relação ao desfecho do parto, de 123 gestações analisadas 82 (66,66%) foram cesáreas e 42 (34,14%) foram partos normais (questão 4 e 4.2).

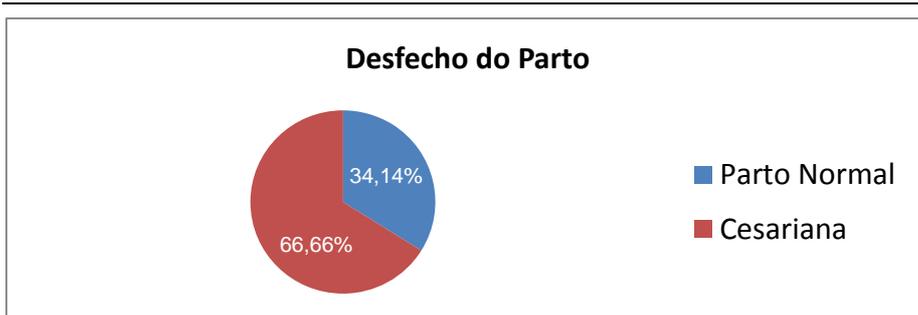


Gráfico 2: Desfecho do parto

Estes achados concordam com a literatura pesquisada, sabe-se que cerca de 80% das mulheres preferem o parto vaginal no início da gestação, porém, no setor privado a cesárea surge como opção um pouco antes da internação para o parto (FAÚNDES et al. 2004). Velho et al. (2012 p. 460) aponta "para a vivência do protagonismo e maior satisfação com a cena do parto, foi expressa como preferência pelo parto normal" As mulheres observam vantagens associadas ao parto normal, tais como: pouco sofrimento, recuperação mais rápida, requerer menores cuidados, sentir menos dor após o parto, a possibilidade de voltar às atividades diárias e ter alta hospitalar mais cedo (VELHO et al. 2012 p. 460).

Das 82 cesarianas realizadas 25 mulheres entraram em trabalho de parto (questão 4.1), caracterizando uma cesárea intraparto. 57 mulheres tiveram cesáreas por agendamento sem trabalho de parto prévio. 4 mulheres que optavam por um parto normal foram submetidas à indução do trabalho de parto, porém apresentaram falha no processo (falha de indução) e foram submetidas à uma cesariana.



Gráfico 3: Desfecho das cesarianas

---

Haddad & Cecatti (2011 p. 253) relatam que "o maior preditor de parto por cesárea é a decisão por esta via no final da gestação, sendo a maioria das mulheres submetida à cirurgia antes do início do trabalho de parto". Segundo os autores, nos hospitais da rede de saúde suplementar, "dentre as indicações de cesáreas com justificativas médicas evidenciou-se que 91,8% delas foram inadequadas, principalmente pelo fato de não ter havido prova de trabalho de parto para aquelas sem indicação absoluta de cesárea" (HADDAD & CECATTI, 2011 p. 253).

Ainda com relação ao manejo do trabalho de parto, 64,9% foram avaliados como inadequados, pela ausência do uso de práticas benéficas e o uso de práticas consideradas prejudiciais pela OMS (HADDAD & CECATTI, 2011 p. 253)

Neste estudo, dentre os motivos dos agendamentos das cesarianas (n=57) encontramos falta de dilatação (5,26%), circular de cordão (8,77%), baixo líquido (5,26%), gestação prolongada (70,17%), má formação (1,75%), gestação gemelar (1,75%), apresentação pélvica (1,75%), HPV (1,75%), descolamento de retina (1,75%), depressão (1,75%).

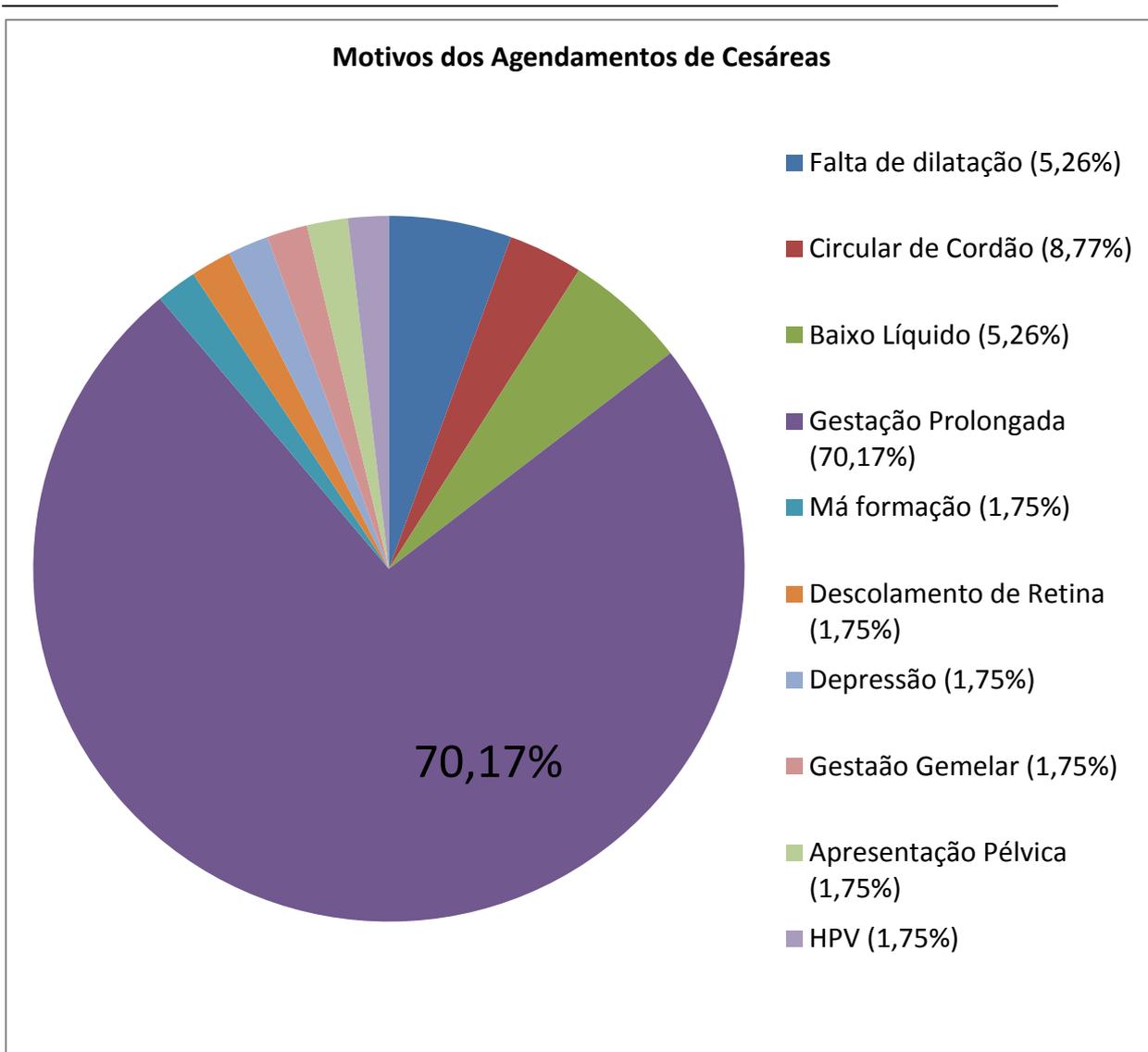


Gráfico 4: Motivos dos agendamentos de cesáreas

Das mulheres que foram submetidas por uma cesariana por agendamento (n=57) 10 (17,54%) delas referiram ter recebido alguma informação que lhe levou à escolha da cesárea eletiva por acreditarem que seria melhor tanto pra elas quanto para o bebê.

Das cesáreas agendadas (n=57) 29 (50,87%) foram durante a 39ª semana gestacional, seguido de 3 (5,26%) na 37ª semana, 22 (38,59%) na 38ª semana, 5 (8,77%) na 40ª semana, 2 (3,5%) na 41ª semana e 1 (1,75%) na 35ª semana (gestação gemelar com trabalho de parto prematuro).

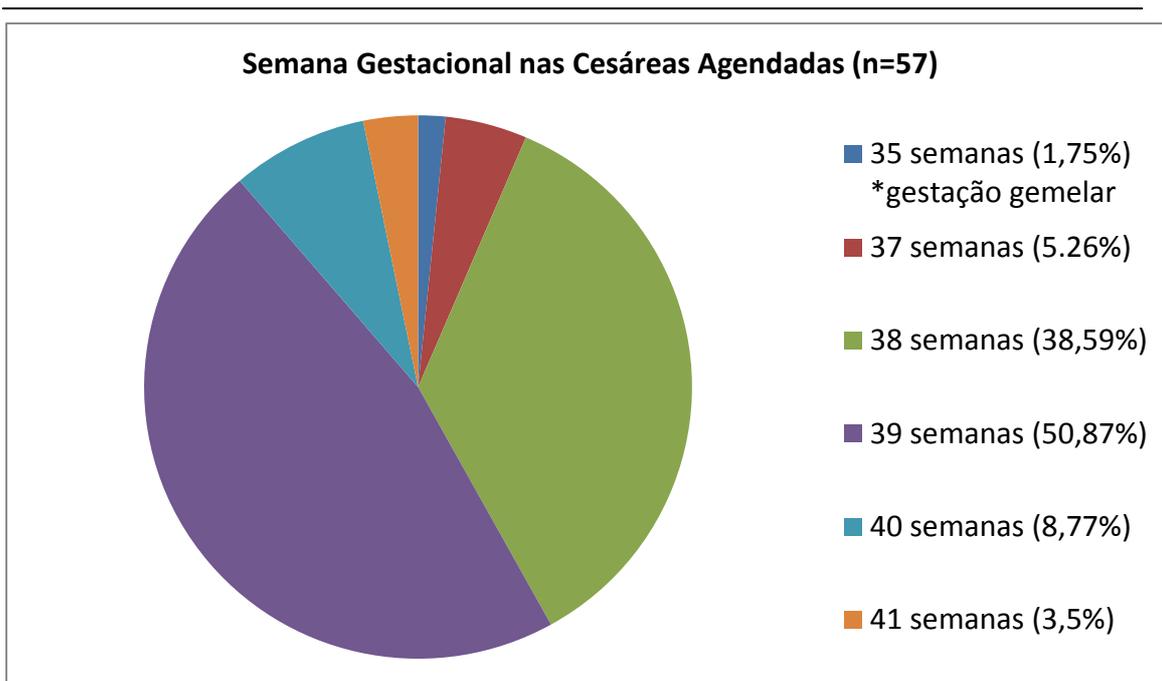


Gráfico 5: Semana gestacional nas cesáreas agendadas

A gestação gemelar e a apresentação pélvica têm forte associação com óbito neonatal (Lansky, 2014 p. 196) mas não são condições absolutas para indicação de cesariana (Souza et al. 2010 p. 506).

A gestação é considerada prolongada "a partir de 42 semanas ocorre em aproximadamente 5% dos casos, enquanto que a aproximadamente 10% de todas as gestações se estendem além de 41 semanas" (Souza et al. 2010 p. 511), nenhuma das mulheres da amostra chegou a tal período gestacional, mas pode-se observar que o critério médico para tal conceito é estabelecido a parti de 37 semanas, predominantemente com a duração de 39 semanas.

Sabe-se que os riscos do parto cesariana aumenta o risco de morbidade respiratória leve e grave, assim como o risco de internação em UTI neonatal aumentam a medida que a idade gestacional diminui de acordo com Lansky (2014 p. 193). Além disso, os riscos deste procedimento para a gestante estão associados à maior probabilidade de ocorrência de hemorragia, infecções e óbito materno nas gestações subsequentes, no desenvolvimento de placentação anormal e ocorrência de óbito do feto (Lanky, 2014 196).

Souza et al. (2010 p. 511) ainda sugere que a realização de ultrassonografia precoce (primeiro trimestre) reduz a frequência de diagnóstico de gravidez prolongada

---

por diminuir o erro no cálculo da idade gestacional. Neste estudo nenhuma das mulheres analisadas ficou em falta com o exame ultrassonográfico e nenhuma delas realizou menos que 7 consultas pré-natais. No caso de gestação verdadeiramente prolongada "associa-se ao aumento da morbimortalidade perinatal, com maior frequência de morte perinatal, anormalidades da frequência cardíaca fetal intraparto, eliminação de mecônio, macrossomia e cesariana" (Souza et al. 2010 p. 512) pode-se então desconfiar que tal classificação além de errônea para essa amostra pode inferir medos e anseios na perda do concepto.

Velho et al. (2012 p. 463) afirma que "uma característica comum na experiência de parto normal ou cesáreo foi a desinformação sobre esses eventos [...] a evolução do trabalho de parto, a realização dos exames, os medicamentos recebidos e o estado de saúde de seus bebês". Diniz (2009 p. 321) afirma que a cesárea para classes mais elevadas representa um modelo de proteção e segundo esse modelo deve ser agendada antes do início do trabalho de parto.

Haddad e Cecatti (2011 p. 253) reforçam que "o sistema de educação médica que valoriza a medicalização da saúde colabora para a falta de preparo de médicos e profissionais da saúde na condução ao parto normal de forma mais fisiológica".

Portanto, qualquer prática que se caracterize pela apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres por profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, abuso da medicalização e patologização dos processos naturais, causando a perda da autonomia e capacidade de decidir livremente sobre seus corpos, sexualidade e impacte negativamente na qualidade de vida das mulheres, pode ser considerado um ato de violência obstétrica (BARRETO, 2014 p. 51).

Além disso, nos estudos de opinião das mulheres sobre a preferência pelo tipo de parto, o argumento de que a grande maioria delas prefere a cesárea ao vaginal não se confirmou (CARNIEL et al., 2007 p. 35).

Na amostra submetida à cesárea intraparto (n=25) foi identificada indicação por prematuridade (8%), parada de progressão (12%) e exaustão materna (16%). Segundo Souza et al. (2010 p.513):

A prematuridade encontra-se associada com alto risco de morbidade e mortalidade neonatal. O National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, do National Institute for Clinical Excellence (NICE) comenta que o efeito da cesariana eletiva em melhoraresses desfechos ainda

---

não se encontra determinado, não devendo este procedimento ser rotineiramente indicado com essa finalidade.

Das 6 mulheres que tiveram uma segunda gestação, apenas 1 delas teve preferência por cesárea tanto na primeira quanto na segunda gestação. As outras 5 mulheres preferiam um parto normal na primeira e na segunda gestação, porém, na primeira gestação, apenas 1 delas conseguiu alcançar o objetivo enquanto na segunda gestação esse número subiu para 2 mulheres que alcançaram o parto normal (1 delas após cesárea prévia). Portanto, 4 mulheres tiveram cesárea tanto na primeira, quanto na segunda gestação.

Com relação aos dados sócio econômicos das 117 mulheres, apenas 4 não possuíam nível superior, sendo a maioria composta por mulheres economicamente ativas com participação na renda familiar. As profissões exercidas por essas mulheres variam entre funcionárias públicas, médicas, contadoras, advogadas, arquitetas, dentistas, psicólogas, analista de sistemas, fisioterapeutas, veterinárias, enfermeiras, administradoras, empresárias, estudantes.

Apenas 2 mulheres declararam renda familiar menor que R\$ 8.000,00 (OITO MIL REAIS) o restante da amostra declarou ter renda entre R\$ 8.000,00 (OITO MIL REAIS) e R\$ 30.000,00 (TRINTA MIL REAIS). Apenas 2 mulheres não possuíam plano de saúde privado, dentre elas 1 teve parto no Sistema único de Saúde (SUS).

Existem evidências onde a cesárea é associada à mulheres brancas e de renda mais elevada, o procedimento é tido como uma alternativa superior e moderna proporcionando conforto para a mãe, evitando a dor e possíveis danos sexuais além de proteger possíveis danos ao bebê (DINIZ, 2009 p. 320-321). A literatura aponta que para mulheres mais pobres e dependentes do SUS, o que existe é um "modelo correcional" com abuso de manobras raramente relatadas em prontuários mas que aceleram o parto, tornando-o um processo mais doloroso e nem sempre evitável com o uso de analgesia e recursos não farmacológicos de alívio da dor (DINIZ, 2009 p. 321).

No Brasil, como em outros países, diversos estudos têm mostrado associação entre o parto cesáreo e outros fatores não clínicos, como os sócio econômicos (alta escolaridade materna, maior poder econômico e seguro de saúde privado), os relacionados às características demográficas e reprodutivas (idade materna,

---

primiparidade, cesárea prévia) e os relacionados aos serviços de saúde (maior frequência ao pré-natal, nos partos realizados em serviços privados, por conveniência médica, quando há admissão precoce da gestante, por cesárea a pedido, por fatores institucionais e por mudanças nas práticas obstétricas (PATAH & MALIK 2011, BARRETO ET AL. 2010). Na maior parte das ocorrências, a cirurgia se faz por exigência das gestantes (SUFANG et al., 2007).

Apesar dos altos índices de morbimortalidade associada à cesariana (Souza et al. 2010 p. 506), nessa amostra, o índice de internação em unidade de UTI neonatal foi baixa, associado à trabalho de parto prematuro (n=2), gestação gemelar (n=1), parto induzido pós-bolsa rota (menos de 6 horas) associada à manobra de Kristeller (n=1), má-formação (n=1). Nos casos acima, a gestação gemelar não apresentou nenhum fator em que o parto normal precisasse não pudesse ser a primeira opção da via de nascimento. A má formação foi diagnosticada após o nascimento do bebê, não sendo o parto o fator que predispôs à internação em unidade de terapia intensiva. No caso da indução por bolsa rota em período inferior à 6 horas o trabalho de parto iniciou espontaneamente, mas foi notório a "pressa" da equipe para o nascimento com a realização de procedimentos invasivos como uso da ocitocina sintética, manobra de Kristeller e realização da episiotomia para acelerar o nascimento. Ao final de todas as intervenções, o médico declarou "pra ficar bem humanizado, coloca esse oxigênio no nariz dela por favor...". Lansky et al. (2014 p. 196) afirma que a manobra de Kristeller está associada à 36,5% do total de partos vaginais e 21,5% dos óbitos neonatais.

A literatura sugere que o decréscimo na mortalidade perinatal não foi influenciado pela taxa de cesariana, mas provavelmente pela melhora da assistência neonatal (CARNIEL et al., 2007 p. 35 ).

Das mulheres que tiveram um parto normal (n=42) apenas 1 (4,2%) delas referiu não ter sido induzida à uma cesárea sem real indicação, todas as mulheres (100%) desejavam por um parto normal já no início da gestação (questão 4.5) e 30 mulheres (71,42%) optaram por trocar de obstetra para alcançar seu objetivo (questão 5). Das mulheres que tiveram um parto normal, apenas 1 mulher não recebeu o acompanhamento de outro profissional não médico (fisioterapeuta, doula, enfermeira) durante seu trabalho de parto/parto (questão 7).

---

Com relação aos dados de nascimento a moda do perímetro cefálico foi de 35 cm encontrado em 60 recém nascidos vivos dos 123 analisados. O peso variou entre 2.600g a 4.055g e a estatura variou entre 46 cm a 51,5 cm. O interesse em analisar a medida do perímetro cefálico foi de avaliar e possivelmente associar essa medida à dificuldades no nascimento, caracterizando o dilema obstétrico. Porém, não podemos associar as dificuldades para o nascimento e o perímetro cefálico nessa amostra, já que as justificativas utilizadas pelo corpo médico e pelas pacientes não caracterizou tal dificuldade, o mesmo aconteceu para o peso ao nascer e a estatura. As condições para o nascimento por via vaginal parecem ter sido favoráveis ao tamanho do bebê e suas demais estruturas, não houveram condições de baixo peso, nem macrossomia fetal, não caracterizando o dilema evolutivo para essa amostragem.

---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É notório com esse estudo que a ausência de formação profissional baseada em evidência interfere nas taxas de cirurgias cesarianas na cidade de Belém-PA. A busca por um parto normal ainda é a maior preferência pelas mulheres e pode levá-las à vários caminhos alternativos por acreditarem que ainda é possível vivenciar o parto de forma segura. A cesariana ainda é tida como um procedimento mais seguro, confortável e viável pra os profissionais que utilizam justificativas sem respaldo científico podendo colocar em risco muito mais elevado suas pacientes.

Os resultados aqui obtidos mostram que ainda é necessário incrementar a adoção de boas práticas para promover a melhoria nos desfechos maternos e neonatais, além de faltarem profissionais, maternidades e equipamentos potencialmente úteis na assistência. O dilema evolutivo não pode ser evidenciado nesse estudo, porém enfrenta-se um dilema assistencial na obstetrícia possível de ser mudado com boa vontade e pesquisas científicas.

São necessários também outros profissionais habilitados à assistência desde o período pré-natal, assim como uma segunda opinião seja médica ou de outros profissionais que lidam com a assistência ao parto para melhorar os resultados. Portanto a pergunta principal do estudo foi elucidada com as mais diversas e muitas vezes absurdas justificativas para a realização do nascimento cirúrgico.

Pode-se notar que após as últimas iniciativas da Agência Nacional de Saúde as mulheres passaram a dar mais importância aos riscos da cesariana tanto para elas quanto para os bebês e assuntos relacionados à prematuridade pode m ser ouvidos com mais frequência quando se fala em agendar uma cesariana antes das 39 semanas de gestação.

Sendo esse um tema relevante para a saúde pública, existe a necessidade de um maior aprofundamento e ampliação sobre os diversos dilemas existentes na obstetrícia.

---

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMGREN, M., SCHLINZIG, T., GOMEZ-CABRERO, D., GUNNAR, A., SUNDIN, M., JOHANSSON, S., NORMAN, M., EKSTRÖM, T.J. 2014. Cesarean section and hematopoietic stem cell epigenetics in the newborn infant - implications for future health?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. ANS publica resolução para estimular o parto normal na aúde suplementar. 2015 Disponível em: [www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar](http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/2718-ministerio-da-saude-e-ans-publicam-resolucao-para-estimular-parto-normal-na-saude-suplementar)

BARRETO, J; FIGUEIREDO, N; BARBOSA, M; SILVA, T; PASSARINI, T.; LANA, B. 2010. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto em gestantes. *HU Revista* v.36, n. 4: 296-306,

BARRETO, M. R. N. 2008. Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista. *História, Ciência e Saúde-Manguinhos* V.15 901-925.

BARROSO, I. C. 2009. Os saberes de parteiras tradicionais e o ofício de partejar em domicílio nas áreas rurais. *Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP* V.2 1-14.

BRASIL. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal. Ministério da Saúde. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. CENSO: 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=pa> Acesso em: 20/04/2015 07:55h

BRASIL. Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BRENES, A. C. 1991. História da parturição no Brasil, século XIX. *Cadernos de Saúde Pública* v. 7 135-149.

BUCK, Sharon. 2011. The Evolutionary History of the Modern Birth Mechanism: Looking at Skeletal and Cultural Adaptations. *Totem: The University of Western Ontario Anthropology Journal*: Vol. 19: Iss. 1 article 7.

---

CAPUCCI, R. Mais da metade dos partos feitos em 2014 no Brasil foram cesarianas. Disponível em: << <http://g1.globo.com/jornal-hoje/noticia/2015/06/mais-da-metade-dos-partos-feitos-em-2014-no-brasil-foram-cesarianas.html> >>. 25 jan. 2016.

CFM. **Resolução** 2.144 17/03/2016. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. 2016. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=138&data=22/06/2016>

CODY, L. F. Birthing the nation. In: Sex Science, and the Conception of Eighteenth-Century Britons. Oxford University Press. 2005.

COFEN, 2016. Nota de Esclarecimento sobre a Autonomia da Enfermagem Obstétrica. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-autonomia-da-enfermagem-obstetrica\\_42012.html](http://www.cofen.gov.br/cofen-publica-nota-de-esclarecimento-sobre-autonomia-da-enfermagem-obstetrica_42012.html)

CUNHA, A. A. 2012. A controvérsia do parto domiciliar. *Femina* v. 40 p. 253-262.

DINIZ, C. S. G. 2005. Humanização da Assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento, *Ciência e Saúde Coletiva* 10(3): 627-637.

DINIZ, S. G. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 10, n.3, p. 627-637.

DRIFE, J. 2002. The start of life: a history of obstetrics. *Postgraduate Medical Journal* v. 78 p.311-315.

ENGEL, C.L. Obstetrícia. 2010. Rio de Janeiro: Medyn Editora.

FALK, D; ZOLLIKOFER, CPE; MORIMOTO, N; PONCE de LÉON, M.S. 2012. Metopic suture of Taung (*Australopithecus africanus*) and its implications for hominin brain evolution. *PNAS* 109: 8467-8470.

---

FLEISCHER, S. Parteiras, Buchudas e Aperreios: uma etnografia do cuidado obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará. Belém: Paka-Tatu; Santa Cruz do Sul; EDUNISC. 2011.

FOSTER, 2014. History of midwifery home birth. *Sisters midwifery*. Disponível em: <http://sistersmidwifery.com/history-of-midwifery-home-birth/>. Acesso em: 29 fev. 2015.

GIBBONS, L., BELIZÁN, J.M., LAUER, J.A, BETRÁN, A.P., MERIALDI, M., ALTHABE, F. 2010. The global numbers and costs of additionally needed and unnecessary caesarean sections performed per year: overuse as a barrier to universal coverage. World Health Report, Background Paper, 30.

HADDAD, S. El T. M.; CECATTI, J. G. 2011. Estratégias dirigidas aos profissionais para a redução das cesáreas desnecessárias no Brasil. *RBGO*, Vol. 33 (5): 252-262.

JORDAN, B. 1993. *Birth in four cultures: a crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove: Waveland Press.

KURKI, H. K. 2007. Protection of obstetric dimensions in a small-bodied human sample. *American Journal of Physical Anthropology* 133: 1152-1165.

KURKI, H.K. 2011. Pelvic dimorphism in relation to body size and body size dimorphism in humans. *Journal Human Evolution* 61: 631-643.

LANSKY, S. 2014. Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública* v. 30 p. 192-207.

LOIOLA, R. 2015. Cesariana: por que ela é uma epidemia no Brasil. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/noticia/saude/cesariana-por-que-no-brasil-ela-e-uma-epidemia/> acesso dia 21/04/2015 14:05.

LURIE, S. 2005. The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. *Archives Gynecology Obstetricians*. v. 271 p. 281-5. 2005.

MARQUES, R. C. 2005. A Maternidade Hilda Brandão de Belo Horizonte: medicina e caridade. *Revista Gênero*. Disponível em:

---

<http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/view/203>. Acesso em: 05 abr. 2016.

MARTINS, A. P. V. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. *Cadernos de Saúde Pública* v. 21 p. 660-662. 2004.

\_\_\_\_\_. 2005. *A Ciência dos Partos: Visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX*. New York: W.W. Norton & Company.

MELO, V. H. 1983. *Evolução Histórica da Obstetrícia: A marginalidade social das parteiras e da mulher*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO PARÁ. *Elevados índices de cesariana no Pará: possibilidades de enfrentamento*. 2014.

MIRANDA, A. G. 2010. *A medicina no Estado do Pará, Brasil: dos primórdios à Faculdade de Medicina*. *Revista Pan-Amazônica de Saúde* v. 1 p. 11-18.

MOTT. 2002. *Assistência ao Parto: do domicílio ao hospital*. *Projeto História* v. 197 p. 219.

MOUTA, R. J. O. 2014. *A Criação da Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) e sua Participação no Movimento de Humanização do Parto e Nascimento (1989-2002)*. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

NAKANO, A.R.; BONAN, C.; & TEIXEIRA, L.A. 2016. *Cesárea, aperfeiçoando a técnica e normatizando a prática: uma análise do livro Obstetrícia, de Jorge Rezende*. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 23, n.1, p. 155-172.

ODENT, M. 2002. *O Renascimento do Parto*. Florianópolis: Saint Germain.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 1996. *Manual de Parto Humanizado do Projeto Luz – JICA: Recomendações da OMS no atendimento ao parto normal*.

---

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. 2009. Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório do Grupo Técnico: Genebra.

PARENTE, R. C. M., BERGQVIST; SOARES, M.B.; FILHO, O.B.M. 2011. A história do nascimento (parte 2): parto vaginal. *Femina* 39:66-83.

PARENTE, R. C. M.; FILHO, O.B.M.; FILHO, J.R.; BOTTINO, N.G.; PIRAGIBE, P.; LIMA, D.T.; GOMES, D.O. 2010. A história do nascimento (parte 1): cesariana. *Femina* 38:481-486.

PARTO COM AMOR. Desproporção cefalopélvica: 2014. Disponível em: <http://parto-com-amor.blogspot.com.br/2014/09/desproporcao-cefalo-pelvica.html> acesso em: 20/04/15.

PATAH, L. E. M e MALIK, A. M. 2011. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Revista Saúde Pública* v.45 p.185-194.

PATAH, L. E. M.; MALIK, A.M.. 2011. Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. *Rev. Saúde Pública*, vol.45 no.1: 185-194

PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. 2013. Ciclos de Vida: Brasil e grandes regiões/ IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2015. 92 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf>

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE. 2002. Dossiê humanização do parto Direitos sexuais e direitos reprodutivos – São Paulo.40 p..

REHUNA. 2008. Rede pela humanização do parto e nascimento, carta de Campinas.

REZENDE, J. Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2002.

REZENDE, JM. 2009. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina, In: *A Primeira Operação Cesariana em Parturiente Viva*. p. 171-172. São Paulo: Unifesp.

---

\_\_\_\_\_. 2009. À sombra do plátano: crônicas de história da medicina. In: A primeira operação cesariana em parturiente viva. pp. 171-172. São Paulo: Editora Unifesp.

REZENDE, Jorge de. Obstetrícia. 2002. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

ROCHA, F. A. F. 2004. A Trajetória de Gestantes e Parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz.

ROSEMBERG, Karen. 1992. The evolution of modern human childbirth. *Journal American Journal of Physical Anthropology* 35: 89-124.

ROSENBERG, Karen; TREVATHAN, Wenda. 1996. Bipedalism and Human Birth: The Obstetrical Dilemma Revisited. *Evolutionary Anthropology*, Vol. 4, No. 5: 161–168

ROSENBERG, Karen; TREVATHAN, Wenda. 2001. The evolution of human birth. *Scientific American* 77-81.

ROSENBERG, Karen; TREVATHAN, Wenda. 2002. Birth, obstetrics and human evolution. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynecology* 109: 1199-1206.

ROSENBERG, Karen; TREVATHAN, Wenda. 2003. The evolution of human birth. *Scientific American* Vol. 13, n. 2: 80-85.

RUFF, C. Body size and body shape in early hominis - implications of the gona pelvis. *Journal Human Evolution* 58: 166-178.

RULLAN, F. O Desenvolvimento Sustentável no Amapá. Centro de Documentação do Terceiro Mundo V. p.13. 2000.

SANTOS, M. L. Humanização da Assistência ao Parto e Nascimento: Um modelo teórico. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DO PARÁ. Plano de Ação da Rede Cegonha 2011-2014. Belém, 2012.

---

SOUZA, H. R. A Arte de Nascer em Casa: Um olhar antropológico sobre a ética, a estética e a sociabilidade no parto domiciliar contemporâneo. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. 2005. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/101721/222234.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 mar. 2016.

Souza, A.S.R., Amorim, M.M.R., Porto, A.M.F. Condições frequentemente associadas à cesariana, sem respaldo científico. *Femina*. v. 38 n. 10. 2010.

SUFANG, G., ADMADAS, S. S., FENGMIN, J., BROWN, J. J., STONES, R. W. Delivery settings and caesarean section rates in China. *Bulletin of the World Health Organization* v. 85 p. 733-820. 2007.

SULAMÉRICA. 2015. Cenário Nacional de Partos no Brasil. Disponível em: <http://portal.sulamericaseguros.com.br/lumis/portal/file/fileDownload.jsp?fileId=8A61648C54E5B70F015508DCE4CD08E2&inline=1>

THÉBAUD, F. A medicalização do parto e suas consequências: o exemplo da França no período entre duas guerras. *Estudos Feministas*. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14967>. Acesso em 30 fev. 2016.

TORNQUIST, C. S. 2004. Parto e Poder: O movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina. 2004.

TOWNSEND, L. 1952. Obstetrics through the ages. *Medicine Journal Aust* v. 1 p. 558-65.

TREVATHAN, W. 2011. *Human Birth: An evolutionary perspective*. New Brunswick: Transaction Publishers.

TREVATHAN, Wenda. *Human birth: an evolutionary perspective*. Transaction Publishers. New Brunswick: 2011.

VÁZQUEZ, G. G. H. 2007. Ludibriando a natureza: mulheres, aborto e medicina. *História: Questões & Debates* 47:43-64.

WALRATH, Dana. 2003. Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism. *Current Anthropology*. Vol. 44, n. 1: 5-31.

---

WEAVER, T.D; HUBLIN, Jean-Jacques. 2009. Neandertal birth canal shape and the evolution of human childbirth. *PNAS Early Edition*, pp.1-6.

WELLS, J.C.K; DESILVA, J.M; STOCK, J.T. 2012. The obstetric dilemma: an ancient game of russian roulette, or a variable dilemma sensitive to ecology? *Yearbook of Physical Anthropology* (55): 40-71.

WERTZ, R. W. e D. C. WERTZ. 1989. Birth in the Hospital Lying-in: A history of childbirth in America. New Haven: Yale University Press.

WHASHBURN, S.L. 1960. Tools and human evolution. *Scientific American* 203: 63-75.

WITTMAN, A.B; WALL, L.L. 2007. The evolutionary origins of obstructed labor: bipedalism, encephalization, and the human obstetric dilemma. *Obstetrical and Gynecological Survey*, Vol. 62, N. 11: 739-748.

## ANEXOS

---

**ANEXO I****O dilema obstétrico: Aspectos evolutivos e Assistenciais de partos no Pará**

Responsável pelo projeto: Pérola Negra Guimarães dos Santos

Orientador: Hilton Pereira da Silva

Endereço de contato: Rua Henrique Gurjão, 258 apto 101 Reduto Belém-PA cep: 66.053-360 Telefone: (91) 983277300 e-mail: perolaguimaraes@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa, ICS/UFPA. Complexo de Salas de Aula/ICS – Sala 13, Campus Universitário, No. 1, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel/fax: 91 3201 7735,

e-mail:cepccs@ufpa.br

Consentimento Livre e Esclarecido para Participar de Projeto de Pesquisa

Você está sendo convidada a participar de um projeto de pesquisa. É importante que você entenda o significado deste projeto para decidir se você deseja ou não participar. Eu vou descrever os objetivos da pesquisa, como ela será feita e qual é a sua parte no projeto. Você deve perguntar e esclarecer qualquer dúvida que tenha. Se você tiver perguntas depois que o projeto for iniciado, por favor não deixe de nos informar. A pesquisadora responsável têm a obrigação de lhe responder. A sua participação no projeto é voluntária e você pode deixar de participar, sem qualquer prejuízo, a qualquer momento que queira.

**Objetivos do Estudo:** O objetivo deste estudo é analisar os motivos que levam ao excesso de cesarianas em um grupo de mulheres na cidade de Belém-PA. Serão analisados os desfechos na assistência ao parto na tentativa de contribuir para a reflexão da adoção de boas práticas da atenção obstétrica, na diminuição das taxas de cesariana, de mortalidade materna e fetal.

**Metodologia do Estudo:** Caso aceite participar deste estudo, eu irei ler e coletar seus dados na ficha de avaliação fisioterapêutica contida na Academia da Gestante e do Bebê coletados durante a gravidez. Também serão analisados seus exames de ultrassom e a carteira da criança com dados do desenvolvimento fetal e do nascimento, vou pedir que você me envie esses documentos da forma que ficar mais fácil para você. Você não terá custo algum com essa pesquisa, bem como, não sofrerá nenhum malefício ao responder as perguntas realizadas pela pesquisadora. Sua participação no estudo é voluntária e a pesquisadora se compromete a prestar qualquer esclarecimento a você sobre cada fase do trabalho, informando sobre todas as atividades que serão realizadas.

**Riscos e Desconfortos** - Este projeto não apresenta nenhum risco para a sua saúde ou de sua(s) crianças. A sua informação individual e a de sua família será mantida absolutamente confidencial. Apenas a pesquisadora responsável e seu orientador do projeto terão acesso a estas informações.

**Benefícios** - A sua participação ajudará a entender melhor a prevalência e os motivos pelos quais estão sendo realizadas cesarianas nem mulheres de Belém-PA, bem como ajudará a pensar sobre as boas práticas realizadas na Obstetrícia. Ao final do projeto, os resultados das informações coletadas serão publicados como material científico e também repassados à comunidade e aos órgãos e instituições trabalhando com saúde nesta área, para que você e eles possam desenhar programas de saúde mais apropriados para nossa realidade e necessidade.

**Você concorda/autoriza a participar do projeto? Caso positivo por favor assine ou marque abaixo**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_

---

Endereço: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(Participante ou responsável)

---

(Testemunha)

---

**ANEXO II****O dilema obstétrico: Aspectos evolutivos e Assistenciais de partos no Pará**

Responsável pelo projeto: Pérola Negra Guimarães dos Santos

Orientador: Hilton Pereira da Silva

Endereço de contato: Rua Henrique Gurjão, 262 apto 101 Reduto Belém-PA cep: 66.053-360 Telefone: (91) 980503478

Comitê de Ética em Pesquisa, ICS/UFPA. Complexo de Salas de Aula/ICS – Sala 13, Campus Universitário, No. 1, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel/fax: 91 3201 7735, e-mail:cepccs@ufpa.br

DATA DA ENTREVISTA:

NOME COMPLETO:

IDADE:

CIDADE E ESTADO ONDE RESIDE ATUALMENTE:

ESCOLARIDADE:

RENDA FAMILIAR:

NÚMERO DE GESTAÇÕES ANTERIORES:

SOFREU ABORTAMENTO?

TEVE COMPLICAÇÕES DURANTE A GESTAÇÃO? SE SIM, QUAIS?

NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL:

DATA DO PARTO:

Quantas semanas/dias de gestação ao nascer?

Teve complicações durante o parto/ cesárea? Se sim, quais?

1) Durante sua gestação, você tinha preferência por algum tipo de parto? (Caso negativo, dirija-se à pergunta 4)

 SIM  NÃO

2) Qual era o tipo de parto de sua preferência?

R=

3) Por que você tinha preferência pelo tipo de parto citado acima?

R=

4) Você teve um parto normal ou cesariana?

 NORMAL  CESARIANA

4.1) Se você fez cesariana:

 você desejou a cesariana, já no início da gestação você queria parto normal, mas mudou de opinião ao longo da gestação, por indicação médica. você queria parto normal, mas mudou de opinião ao longo da gestação por vontade própria. você queria parto normal, mas a equipe de saúde resolveu fazer uma cesariana após me esclarecer o motivo. você queria parto normal, mas a equipe de saúde resolveu fazer uma cesariana sem me esclarecer o motivo. Outro. Qual ?

4.2) Se você teve parto normal:

 você desejou o parto normal, já no início da gestação você queria cesariana, mas mudou de opinião ao longo da gestação, por vontade própria. você queria cesariana, mas mudou de opinião ao longo da gestação por indicação médica.

---

você queria cesariana, mas a equipe de saúde fez um parto normal, sem me esclarecer os motivos.

você queria cesariana, mas a equipe de saúde fez um parto normal, após me esclarecer os motivos.

Outro. Qual?

5) O profissional que lhe acompanhou no pré-natal foi o mesmo que lhe acompanhou no nascimento de seu filho(a)? (Caso a paciente tenha tido um parto normal, dirija-se à pergunta 7)

SIM  NÃO

6) Você lembra qual foi o motivo para a indicação da cesárea? Caso positivo, relate qual foi o motivo.

R=

7) Você acha que durante o seu pré-natal você recebeu alguma informação que lhe levou/levaria à escolha da cesárea ? Em caso afirmativo, que informação foi essa?

R=

8) Foi solicitado o seu consentimento (ou de seu acompanhante) para a realização da cesariana?

R=

---

**ANEXO III**

Artigo que será submetido à revista História, Ciências e Saúde - Manguinhos (FIOCRUZ)

**UMA BREVE HISTÓRIA DO NASCIMENTO HUMANO**

Pérola Negra Guimarães dos Santos

Hilton Pereira da Silva

**RESUMO**

Este artigo é uma revisão da literatura sobre o histórico do nascimento humano e da assistência ao parto em uma perspectiva global até a atualidade, situando o parto como um evento produzido pela cultura em uma dimensão humana, biológica e simbólica mutuamente, portanto pode ser considerado um fenômeno histórico que vem sofrendo modificações na assistência desde o século XVI, se intensificando a partir do século XIX, chegando à industrialização do nascimento no século XX com a epidemia de cesarianas, a qual faz parte do quadro atual e que vem sendo combatida com estratégias recentes por diversos segmentos sociais e de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Nascimento humano. História da obstetrícia. Cesárea. Parteiras.

**ABSTRACT**

This article is a revision of the literature about the historical of the human birth and of the presence to the childbirth in a global perspective to the present, situating the childbirth as an event produced by the culture in a human, biological and symbolic dimension mutually, so it can be considered a historical phenomenon that is suffering modifications in the assistance since the century XVI, intensifying as of the century XIX, reaching the industrialization of the birth in the century XX and creating the epidemic of caesarean sections that integrate the current scene, that is fought with recent strategies by several social segments and for the health.

**KEYWORDS:** Human Birth. History of the obstetrics. Caesarean section. Midwifery.